Rapport annuel de gestion

2001-2002

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette édition a été produite par :
Les Publications du Québec
1500-D, rue Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**
par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**
ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-39942-0
ISSN 0832-6258

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Message du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

Madame Louise Harel
Présidente de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Madame la Présidente,

J'ai le plaisir de vous présenter le Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous y trouverez mention des résultats atteints au cours du dernier exercice financier, à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue ouvrant la voie à des perspectives d'avenir qui profiteront à l'ensemble des Québécoises et des Québécois.

Marquée par l'adoption de mesures législatives visant à assurer autant la protection de la santé et du bien-être de la population que le bon fonctionnement du réseau, l'année 2001-2002 a été particulièrement axée autour de la planification de la main-d'œuvre médicale avec, entre autres, l'organisation liée à l'implantation graduelle des Groupes de médecine familiale (GMF). La mise en place d'une campagne massive de vaccination destinée à prévenir la méningite, la poursuite de la mise en oeuvre du programme québécois de lutte contre le cancer, ainsi que du programme et du Plan d'action pour les personnes atteintes de cancer ou d'insuffisance cardiaque, figurent, en outre, au rang des réalisations majeures du Ministère.

En sanctionnant, en décembre 2001, la Loi sur la santé publique, en remplacement de la Loi sur la protection de la santé publique, promulguée en 1972, le Ministère s'est doté d'un nouveau cadre légal qui lui assure les moyens d'exercer efficacement ses quatre grandes fonctions en matière de santé publique, soit : la surveillance de l'état de santé de la population et des facteurs qui l'influencent, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux, la promotion des mesures qui favorisent la santé et le bien-être, ainsi que la protection de la santé de la population. Par ailleurs, l'adoption, à la même période, du projet de loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et des services sociaux permettra d'améliorer le régime d'examen des plaintes en le rendant plus accessible et plus efficace. Enfin, l'adoption, en juillet 2001, du projet de loi 28, largement inspiré des recommandations de la commission Clair sur les

services de santé et les services sociaux, modifie de façon importante la gouverne du réseau en clarifiant, notamment, les responsabilités de ses différents acteurs et en accroissant leur imputabilité.

Dans le cadre du programme accéléré d'investissements publics, le réseau de la santé et des services sociaux a profité au cours du dernier exercice financier d'une somme de 500 millions de dollars. Une somme de 267 millions de dollars a servi à réaliser des projets immobiliers majeurs, soit des constructions, des agrandissements, des réaménagements et des rénovations d'édifices du réseau. Une somme de 100 millions de dollars a été affectée au maintien du patrimoine immobilier du réseau. Trois cent soixante édifices ont pu ainsi être mis aux normes ou modernisés. Les établissements ont par ailleurs pu compter sur une somme de 54 millions de dollars pour acquérir des équipements de toute nature et des outils technologiques qui sont venus faciliter le travail du personnel. Une somme de 49 millions de dollars a été consacrée aux technologies de l'information, tandis que 30 millions de dollars a permis aux établissements d'acquérir des équipements et aussi d'offrir davantage de services de façon plus optimale.

L'atteinte de la majorité des objectifs que nous nous étions fixés pour l'exercice financier 2001-2002 ne nous dispensera pas de redoubler d'efforts au cours des mois à venir pour maintenir l'accessibilité et la qualité des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Les pressions qui s'exercent sur le financement de notre système de santé et de services sociaux n'ont jamais été si importantes. En plus de trouver des solutions permanentes à ce problème persistant du financement, nous devrons reconsidérer la façon dont nous nous organisons pour traiter les problèmes. Quatre priorités nous guideront : un effort accru en prévention de la maladie et des problèmes sociaux, une accessibilité élargie aux services grâce à des services de base mieux organisés, une plus grande continuité des services pour les personnes âgées et une réduction des délais d'accès aux services spécialisés. Nous espérons qu'une plus grande cohésion de tout le personnel du réseau autour de ces priorités favorisera une plus grande efficience des moyens à notre disposition et contribuera surtout à maintenir la confiance que la population doit conserver envers son système de santé.

François Legault
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

103-01100/

MESSAGE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ, AUX SERVICES SOCIAUX, À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET À LA PRÉVENTION

Madame Louise Harel
Présidente de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Madame la Présidente,

En tant que ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention, je suis fier de vous présenter les résultats particulièrement encourageants atteints au cours de l'année 2001-2002 dans ce domaine dont j'assume la responsabilité.

D'abord, le gouvernement du Québec a intensifié ses actions dans le but de réduire l'ampleur du problème de santé publique que constitue le tabagisme. Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* a été rendu public en décembre 2001; il vise principalement à prévenir l'adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes, à promouvoir et à soutenir l'abandon de l'usage du tabac et à protéger la population contre la fumée du tabac dans l'environnement. Quinze millions de dollars ont été réservés à l'implantation des différentes mesures de ce plan; la présentation des résultats de ces interventions apparaîtra dans le prochain rapport annuel de gestion du Ministère.

Par ailleurs, deux *Forums jeunesse* se sont tenus en juin et en décembre 2001. Ces forums ont permis de dégager un consensus sur les solutions, les objectifs à atteindre et les moyens à privilégier au regard des jeunes en difficulté. Ce consensus, sur l'importance d'agir en amont et notamment de resserrer les liens entre les Centres Jeunesse, les CLSC et les familles d'accueil est à la base de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Cette stratégie était sur le point d'être rendue publique à la fin de l'exercice financier 2001-2002.

Des efforts supplémentaires ont été consentis en matière de prévention du suicide. Un budget additionnel de 560 000 $ a été alloué pour ajouter aux services déjà rendus; il a été réparti dans 14 régions.

Tel qu'annoncé dans notre Plan stratégique, nous avons aussi intensifié les efforts à l'intérieur du réseau visant à améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant des problèmes complexes. Ainsi, dans la foulée de la publication, en 2001, de la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, et du plan d'action qui lui est assorti, une somme de onze millions de dollars a été allouée pour soutenir la mise en œuvre des actions jugées prioritaires. De plus, en étroite collaboration avec les organismes intéressés, différentes orientations ministérielles ont été adoptées au regard de cette problématique, lesquelles ont été encadrées par un plan d'action quinquennal.

En ce qui a trait à la protection de la santé et du bien-être de la population, la campagne massive de vaccination contre le méningocoque de groupe C a permis de rejoindre 1,7 million de jeunes âgés de 2 mois à 20 ans.

En matière de jeu pathologique, un important forum, organisé en novembre 2001 sous le thème « Connaître, comprendre et agir », a notamment permis de préciser les axes d'intervention à privilégier dans ce domaine, de renforcer la concertation des intervenants et de lancer un programme de recherche sur les impacts socio-économiques des jeux de hasard et d'argent. Une campagne nationale destinée à prévenir le jeu pathologique a également été mise en place; elle est venue compléter notre programme national de traitement lancé en novembre 2001, dans le cadre duquel plus de 200 intervenants ont été formés et plus de 2 500 personnes ont été rejointes dans plus de 90 lieux d'accueil.

En ce qui concerne la prévention de la toxicomanie, nous avons privilégié des orientations et des stratégies bien précises, lesquelles ont été rendues publiques en novembre 2001 lors du lancement du document *Pour une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie : Orientations, axes d'intervention et actions*.

L'année 2001-2002 a également été marquée par la diffusion d'un premier *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle* et une campagne de sensibilisation et de prévention de la violence dans les premières relations amoureuses. Le Ministère a consolidé le financement des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale ou en difficulté, des centres de femmes, des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et des organismes ESPACE grâce à un ajout de près de 7 millions de dollars.

Afin d'améliorer encore davantage la santé et le mieux-être des Québécoises et des Québécois, réduire l'incidence des problèmes sociaux et aussi pour diminuer la pression sur le réseau de soins et de services, nous comptons intervenir davantage à l'avenir en prévention avant que les problèmes ne se manifestent. Des actions en ce sens sont prévus au Plan stratégique 2002-2003 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Soyez convaincu, Madame la Présidente, que je mettrai tout en œuvre pour les réaliser.

Roger Bertrand
Ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux,
à la Protection de la jeunesse et à la Prévention

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Monsieur François Legault
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Conformément aux exigences de la Loi sur l'administration publique adoptée en mai 2000, je suis heureux, à titre de sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de la gestion du Ministère, de vous transmettre notre premier Rapport annuel de gestion. Ce premier rapport contient l'information qui vous permettra, autant qu'à la population, de juger que nous avons atteint les résultats que nous nous étions fixés.

Outre les résultats obtenus en 2001-2002, par rapport aux objectifs prévus au Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux, le document fait état de l'ensemble des objectifs et des cibles 2001-2004. Les résultats obtenus pour les cibles 2001-2002 ont été libellés comme ayant été « atteints » ou « atteints partiellement » (avec mention du pourcentage d'atteinte). Pour les résultats des cibles 2002-2003 et 2003-2004, on a indiqué : à venir.

Au cours du dernier exercice financier, nous avons poursuivi la démarche de retour à l'équilibre budgétaire du réseau, notamment en travaillant au rétablissement de celui des établissements publics de la santé et des services sociaux; 89 ententes visant cet objectif ont ainsi été conclues entre ces établissements, les régies régionales de la santé et des services sociaux et le Ministère. Nous avons, également, procédé à la révision des modes de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), des CLSC et des CHSLD, selon des critères liés aux besoins de la population, à la lourdeur des cas et à la performance relative des établissements. Les paramètres d'allocation des ressources visant l'équité interrégionale ont aussi été révisés.

En vue d'atteindre l'objectif destiné à doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, six programmes de développement des compétences ont été implantés en conformité avec la planification de la main-d'œuvre. De même, tel qu'annoncé dans le Plan stratégique du Ministère, nous avons travaillé à mettre en place des systèmes d'information efficaces et sécurisés, plus particulièrement le système Intégration CLSC.

En ce qui a trait aux ressources humaines, le Ministère comptait, au 31 mars 2002, 699 postes réguliers par rapport à 649 à la même date l'an dernier. Plusieurs actions ont été réalisées afin de soutenir les changements découlant de l'implantation de la Loi sur l'administration publique, dont des rencontres de sensibilisation auprès du personnel d'encadrement et la tenue de cliniques à l'intention des gestionnaires sur la gestion du rendement par attentes signifiées. Une stratégie, visant la sensibilisation du personnel à la Loi de l'administration publique, a également été mise en œuvre.

Parmi les actions envisagées, nous prévoyons, notamment, renforcer les mécanismes d'information destinés aux usagères et aux usagers du système de santé, diffuser le Programme national de santé publique dont les travaux d'élaboration ont été amorcés à l'automne 1999 et, enfin, renforcer les études de suivi et les revues d'utilisation des médicaments de manière à favoriser tout à la fois une meilleure utilisation des médicaments et une plus grande maîtrise des coûts du Régime général d'assurance médicaments.

Ainsi qu'il en a été au cours du dernier exercice financier, je suis convaincu que l'ensemble du personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux saura relever les défis de la prochaine année.

Le sous-ministre,
Pierre Gabrièle

Table des matières

La présentation du ministère de la Santé et des Services sociaux 1
Les faits saillants 7
Le contexte actuel du système de santé 9
Le rappel du plan stratégique et du plan annuel de gestion de dépenses 2001-2002 13
La déclaration de fiabilité de la direction 14
Le rapport de validation de la vérification interne 15
La présentation des résultats 17
L'utilisation des ressources 75
- Les ressources humaines 75
- Les ressources financières 76
- Les ressources budgétaires 76
- Les ressources informationnelles 82

La politique linguistique 85
Les programmes d'accès à l'égalité et plans d'embauche des diverses composantes de la société québécoise 86
L'accès à l'information et protection des renseignements personnels 87
L'éthique et la déontologie 88
La contribution des organismes relevant du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux 88

Annexes

Annexe 1
La gestion ministérielle des ressources humaines 97
Annexe 2
Nominations et départs pendant les années 1997-1998 à 2001-2002 98
Annexe 3
Code d'éthique et de déontologie du Conseil québécois de lutte contre le cancer 99
Annexe 4
Code d'éthique et de déontologie du Conseil consultatif de pharmacologie 103

Présentation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fut créé le 20 juin 1985 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales. Cette Loi venait remplacer la Loi sur le ministère des Affaires sociales édictée en 1970.

La mission du Ministère

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

En vertu de son mandat, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population. Il est également de sa responsabilité d'offrir aux personnes, ainsi qu'aux groupes particulièrement visés, des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité.

Tous les acteurs sociaux exercent une influence sur l'évolution des déterminants de la santé et du bien-être de la population, mais le Ministère est le seul responsable, au niveau gouvernemental, de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il partage toutefois cette responsabilité avec plusieurs organisations et partenaires.

Le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé québécois et de son réseau. Il doit s'assurer, en outre, de la pertinence des lignes directrices en matière de politiques de santé et de bien-être, et évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Le fait qu'il soit responsable à la fois des grandes orientations du système et de la reddition de comptes, permet au Ministère d'agir autant en amont qu'en aval quant à la mise en place des services de santé.

Une mission d'envergure, des partenaires nombreux, des usagères et des usagers issus de groupes variés, voilà autant d'éléments qui amènent le Ministère à utiliser divers leviers d'intervention :

- l'élaboration de politiques en matière de santé et de services sociaux, leur mise en œuvre et leur évaluation;
- l'approbation des priorités régionales découlant des politiques ministérielles;
- la coordination du Programme national de santé publique et l'instauration de mesures destinées à protéger la santé de la population;

- la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles entre les régions du Québec;
- la mise en place des cadres de gestion nécessaires à l'utilisation efficace et efficiente des ressources;
- l'établissement des politiques et des orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau;
- la coordination interrégionale des services;
- l'action intersectorielle;
- l'évaluation des effets des politiques en matière de santé et de services sociaux.

Les usagères et les usagers du système de santé

Le Ministère dessert l'ensemble de la population du Québec : enfants, jeunes adultes, familles et personnes âgées, tous susceptibles d'avoir recours aux services de santé et aux services sociaux. Davantage qu'hier, on retrouve parmi les usagères et les usagers du système de santé de plus en plus de gens qui, en raison d'une maladie, d'une perte d'autonomie, d'un handicap ou d'un problème de nature psychosociale, ont besoin de services à long terme. Ils peuvent être répartis en cinq grandes catégories :

- les personnes ayant besoin de soins, de façon ponctuelle ou à long terme, pour résoudre un problème de santé physique;
- les personnes dont la santé mentale est menacée, celles qui souffrent de troubles transitoires ou encore celles qui présentent des problèmes graves et persistants en la matière;
- les personnes atteintes d'une déficience physique ou intellectuelle, ainsi que les personnes âgées en perte d'autonomie;
- les personnes dont l'adaptation sociale est compromise ou risque de l'être en raison de problèmes associés à des comportements inacceptables pour elles-mêmes ou pour autrui, ou encore provoqués par une situation sociale ou familiale difficile : toxicomanie, jeu pathologique, délinquance, violence;
- les personnes appartenant à des groupes particulièrement visés par des activités liées à la promotion de la santé et du bien-être, à la prévention et à la protection, organisées par le réseau des services de santé publique.

Six millions de personnes (plus de 80 % de la population du Québec) reçoivent annuellement des services médicaux.

L'ensemble des Québécoises et des Québécois bénéficient d'une couverture pour leurs médicaments; plus de trois millions d'entre eux sont assurés par le régime public.

Plus de 675 000 personnes sont admises en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; 12 % des hospitalisations sont rendues nécessaires en raison de problèmes de santé mentale.

Au-delà de 400 000 chirurgies sont pratiquées chaque année;, dont près de 60 % de chirurgies d'un jour.

Plus de 170 000 personnes âgées reçoivent des services à domicile alors que plus de 36 000 personnes sont hébergées dans les CHSLD.

Environ 12 000 familles dont un enfant est handicapé, obtiennent des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Près de 23 000 personnes reçoivent des services dans des centres de réadaptation.

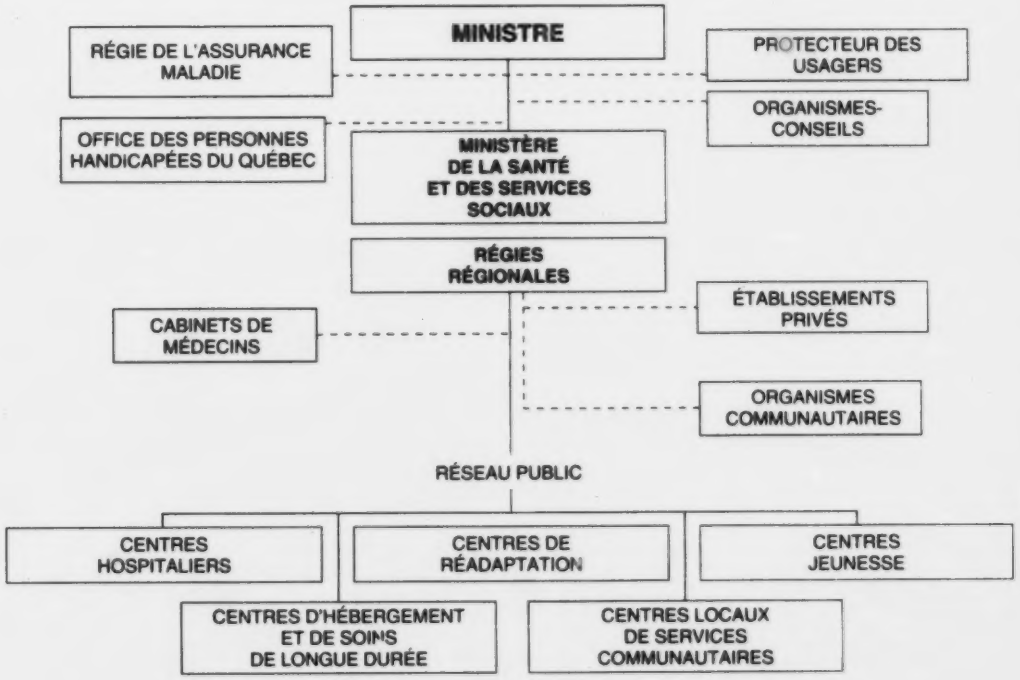
Plus de 105 000 demandes de services sont acheminées aux centres jeunesse. Environ 50 000 d'entre elles sont traitées à titre de signalement. De celles-ci, 25 000 sont retenues en vue d'effectuer le suivi de quelque 10 500 enfants considérés comme étant dans une situation où leur sécurité et leur développement sont compromis.

Environ 25 000 personnes, alcooliques ou toxicomanes, reçoivent des services de réadaptation.

Des actions en matière de prévention de la santé publique sont menées auprès de plusieurs groupes de la population. Par exemple, plus de 1,2 million de personnes sont vaccinées annuellement contre diverses infections.

Le Ministère et ses partenaires

Le système de santé et des services sociaux du Québec



Outre sa Direction supérieure, le ministère de la Santé et des Services sociaux compte sept directions générales. En vertu de son mandat, il est responsable de l'application de plusieurs lois et règlements, dont la principale est la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Pour mener à bien tant sa mission que ses mandats, le Ministère s'appuie sur la collaboration d'un vaste réseau de partenaires.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS)

Les instances régionales au nombre de 18 se répartissent ainsi: 16 régies régionales, le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James et le Conseil régional cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Ces instances régionales sont responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et des services ainsi que de l'allocation des ressources sur leur territoire. Elles ont également pour mandat d'adapter les services aux besoins et aux réalités des divers groupes qui composent la population de leur territoire. Au sein des instances régionales, les directions de la santé publique sont responsables de la coordination et de la prestation des services de santé publique.

Un vaste ensemble de fournisseurs de services

- Les divers fournisseurs de services qui composent le réseau de la santé et des services sociaux ont pour mission de mettre en place et d'offrir des services appropriés aux différentes catégories d'usagères et d'usagers du système de santé, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.

- Le réseau de la santé et des services sociaux est composé de 478 établissements, dont 349 sont publics et 129, privés; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (établissements privés conventionnés).

- Plusieurs établissements du réseau cumulent plus d'une mission. Par exemple, ils peuvent remplir à la fois les rôles d'un CLSC et d'un centre hospitalier, ou encore, les rôles d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ainsi, sous l'angle des missions, le réseau regroupe:

  - 147 centres locaux de services communautaires (CLSC);
  - 118 centres hospitaliers (CH);
  - 20 centres jeunesse (CJ);
  - 317 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
  - 91 centres de réadaptation (CR).

- Cinq établissements sont dotés d'un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, d'un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Trois CLSC ont une désignation universitaire. Enfin, des sept établissements désignés instituts, quatre appartiennent au secteur de la santé et trois au secteur social.

- Le Québec compte plus de 800 cliniques médicales d'omnipratique, lesquelles constituent des points d'accès aux services de première ligne.

- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial complètent et soutiennent les services offerts par les établissements:

  - 5 100 familles d'accueil pour enfants;
  - 3 700 résidences d'accueil pour adultes et personnes âgées;
  - 1 300 autres ressources intermédiaires.

- Près de 3 500 organismes communautaires subventionnés œuvrent également dans le secteur et offrent une variété de services et d'activités.

- Les entreprises d'économie sociale jouent désormais un rôle de premier plan dans les services de soutien à domicile. Plus d'une centaine d'entre elles, réparties sur tout le territoire québécois, offrent des services à quelque 60 000 personnes.

- Le Régime général d'assurance médicaments repose sur une collaboration entre le secteur public, les compagnies d'assurances privées, l'industrie pharmaceutique et les quelque 1 500 pharmacies communautaires.

Une main-d'œuvre hautement qualifiée

- La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente pas moins de 10 % de la main-d'œuvre du Québec.

- Plus de 20 000 professionnelles et professionnels actifs reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Parmi eux, on retrouve plus de 14 000 médecins, répartis presque également entre spécialistes et omnipraticiens.

- Le réseau emploie environ 222 500 personnes, dont 9 500 cadres et 213 000 personnes syndiquées. Ces dernières travaillent, soit dans le domaine des soins infirmiers, soit à l'intérieur de diverses sphères professionnelles et techniques, ou soit dans les secteurs administratifs et de soutien.

Des partenaires indispensables

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires indispensables à la mission du Ministère. Ainsi :

- huit associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;

- vingt-deux ordres professionnels différents assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques;

- plusieurs organismes du mouvement associatif défendent les intérêts de différents groupes d'usagères et d'usagers du système de santé;

- les grandes organisations syndicales du Québec représentent le personnel du secteur de la santé et des services sociaux;

- les regroupements d'assureurs et les compagnies pharmaceutiques, depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments, sont consultés par le Ministère.

Par ailleurs, le Ministère collabore avec plusieurs partenaires pour réaliser des actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise. Les principaux partenaires sont les ministères de l'Éducation, de l'Environnement, de la Justice, de la Solidarité sociale, de la Sécurité publique, de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

Enfin, le Ministère collabore également avec d'autres organismes gouvernementaux pour l'avancement de certains dossiers, tels la condition féminine, la coopération internationale, les relations intergouvernementales et l'intégration des communautés culturelles.

Des organismes incontournables

Quatorze organismes relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux. Parmi ceux-ci :

- Six organismes exercent des responsabilités administratives :
  - le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP);
  - la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ);
  - la Corporation Héma-Québec;
  - la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain;
  - l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
  - la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- Huit organismes jouent un rôle de recommandation et de consultation :
  - le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT);
  - le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM);
  - le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ);
  - le Protecteur des usagers;
  - le Conseil médical du Québec (CMQ);
  - le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE);
  - le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC);
  - l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

- Réalisation d'une campagne de vaccination massive contre la méningite auprès de 1,7 million de jeunes âgés de 2 mois à 20 ans.

- Adoption du projet de loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Les modifications législatives visent l'amélioration du régime d'examen des plaintes afin de le rendre plus accessible et plus efficace. Le régime instaure notamment la fonction de Protecteur des usagers.

- Modifications importantes apportées à la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux avec l'adoption du projet de loi 28. Inspirées des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), ces modifications concernent principalement la nomination et la composition des conseils d'administration des régies régionales et des établissements. Par ailleurs, les fonctions de gestion et de reddition de comptes ont été renforcées.

- Mise en place d'une nouvelle façon d'organiser les services médicaux de première ligne avec la création des Groupes de médecine de famille (GMF); 20 projets ont été approuvés par le Ministère.

- Adoption de la nouvelle *Loi sur la santé publique* qui succède à la *Loi sur la protection de la santé publique*, adoptée en 1972. Ce nouveau cadre légal assure au Ministère les moyens d'exercer efficacement ses quatre grandes fonctions en matière de santé publique : la surveillance de l'état de santé de la population et des facteurs qui l'influencent, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux, la promotion des mesures qui favorisent la santé et le bien-être, et la protection de la santé de la population.

- Instauration de mesures destinées à accroître la main d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, le nombre d'admissions dans les facultés de médecine a été augmenté de façon importante. En outre, un plan d'action destiné à soutenir la pratique infirmière a été mis en application au cours de l'été dernier. Plusieurs des actions menées visent à favoriser l'arrivée de près de 1 500 nouveaux infirmiers et infirmières au sein du réseau.

Le système de santé québécois traverse actuellement une importante période de transition et il est soumis à de fortes pressions tant à l'externe qu'à l'interne. Ces pressions influent sur l'évolution du secteur.

À l'externe, des tendances lourdes

Un nouveau portrait de la maladie, des problèmes sociaux et des besoins

- Le portrait épidémiologique s'est profondément modifié au cours des dernières décennies. Lors de la création du système de santé et des services sociaux, la population était très jeune et les services se traduisaient la plupart du temps en épisodes de soins de courte durée. Depuis, la population a vieilli et la proportion de personnes ayant des incapacités permanentes a augmenté; elle s'établit actuellement à 9,3 %. Cette proportion atteint 27 % chez les personnes de 75 ans ou plus.

- Les besoins de soins et de soutien dans le milieu de vie ont décuplé. La très grande majorité des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux vivent aujourd'hui au sein de la société, de même que les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces changements imposent une reconfiguration importante de services mieux adaptés à la diversité des milieux de vie.

- De plus en plus de personnes se trouvent dans une situation de vulnérabilité : jeunes en difficulté, personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale, gens qui éprouvent des problèmes de nature psychosociale : toxicomanie, jeu pathologique, etc.

- Les exigences des Québécoises et des Québécois envers le système de santé ont aussi augmenté avec l'évolution des valeurs et des pratiques. Ils s'attendent aujourd'hui à recevoir, non seulement des services particuliers lorsque leur état de santé nécessite des soins hospitaliers, mais également les soins et le soutien dont ils ont besoin dans leur milieu de vie.

La révolution technologique

- La recherche pharmaceutique donne lieu à d'importantes percées thérapeutiques qui améliorent les possibilités de traitement. Mais l'introduction de nouveaux médicaments entraîne également des coûts très élevés. Ainsi, depuis quelques années, les dépenses pour les médicaments ont dépassé les coûts des services médicaux du système de santé et de services sociaux.

- Des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués améliorent constamment les possibilités diagnostiques, tandis que des techniques plus précises décuplent les possibilités de traitement. Le développement technologique contribue généralement à l'augmentation des coûts, et ceci, au moins de deux manières: d'une part, certaines technologies, bien qu'elles permettent de diminuer les coûts unitaires, multiplient par ailleurs les possibilités d'intervention; d'autre part, certaines technologies s'ajoutent aux plus anciennes, mais sans les remplacer.

- Le développement rapide des technologies de l'information (TI) ouvre de nouveaux champs d'intervention prometteurs, en particulier la télémédecine et la télésanté. Hier encore insoupçonnées, les TI offrent maintenant des possibilités pour améliorer la circulation de l'information clinique et administrative et, par le fait même, la coordination des services et la prise de décision. Cependant, le déploiement des outils technologiques exige des investissements importants et pose un véritable défi quant à la sécurité et à la confidentialité de l'information.

Les conséquences du vieillissement de la population

- Les services aux personnes âgées comptent actuellement pour 44 % des dépenses en matière de santé et de services sociaux. Cette proportion est en augmentation constante. Deux facteurs expliquent la progression des dépenses: l'augmentation du nombre de personnes âgées et la façon de répondre à leurs besoins:

  - Depuis dix ans, la proportion de personnes âgées a augmenté de 1,9 point et se situe aujourd'hui à 12,9 % de l'ensemble de la population (2001). Bien qu'au cours de cette décennie, l'augmentation du nombre de personnes âgées a influencé la hausse des dépenses en matière de soins de santé, il faut également considérer l'allongement de la durée de vie qui ne se traduit pas nécessairement par une espérance de vie en bonne santé. Par ailleurs, avec l'évolution rapide des technologies et des médicaments, davantage de personnes âgées reçoivent des traitements spécialisés généralement coûteux;

  - Dans dix ans, soit en 2011, la proportion de personnes âgées aura augmenté de 2,8 points de pourcentage par rapport à aujourd'hui, pour se situer à 15,7 %. À ce moment, le Québec aura rejoint les taux actuels de la plupart des pays européens. Mais la tendance démographique du vieillissement s'accélérera par la suite. Ainsi, afin d'être en mesure d'absorber ces changements, le système de santé doit donc se préparer, dès aujourd'hui, à modifier l'organisation de ses services et à améliorer son rendement pour satisfaire les besoins futurs.

À l'interne, un système de services en transition

L'évolution de l'organisation des services

À l'instar de la plupart des sociétés occidentales, le Québec a entrepris une grande transformation de son système de santé et de services sociaux au cours des années 90. Cette réforme visait principalement à rapprocher les centres de décision de l'action et à assouplir le fonctionnement du système. Elle avait également comme objectif de profiter du développement des technologies et de l'évolution des connaissances pour modifier les pratiques hospitalières. À cela s'ajoutait la volonté de

réduire le taux d'institutionnalisation, de diminuer le recours aux services spécialisés et d'allouer de nouvelles ressources aux services de base (services ambulatoires et services à domicile), car le Québec avait, sur ce plan, un important retard à rattraper.

- Des gains importants ont été réalisés :
  - les séjours hospitaliers et le recours à l'hospitalisation ont diminué de façon importante avec l'augmentation des chirurgies d'un jour et le développement des services ambulatoires. Ainsi, en médecine, le séjour moyen a été ramené de 8,8 à 7,5 jours dans un très court laps de temps, ce qui représente un effort considérable;
  - le taux d'hébergement des personnes âgées a enregistré une baisse remarquable : il est de 4 % aujourd'hui alors qu'il s'élevait à environ 7 % il y a une décennie à peine;
  - des modèles novateurs d'organisation des services ont vu le jour, fruits du développement des connaissances et des pratiques. Ces modèles permettent d'assurer une meilleure continuité des services et de mieux répondre aux personnes dont l'état de santé exige des soins durant une longue période : personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale, etc.
  - le service Info-Santé CLSC a été considérablement bonifié et étendu. Ainsi, il constitue aujourd'hui un levier important pour organiser l'accès aux services de première ligne dans tous les territoires de CLSC;
  - bien qu'ils demeurent insuffisants, les investissements dans les services à domicile ont augmenté graduellement depuis le milieu des années 90;
  - la proportion des ressources mises en œuvre dans l'offre directe de services, par rapport aux ressources totales, a augmenté. Une étude réalisée auprès de 14 grands hôpitaux a relevé une baisse des dépenses liées à l'administration et aux services de soutien de 7 %, entre 1994 et 1998.
- Le contexte budgétaire difficile dans lequel la transformation a été effectuée n'a pas permis de réaliser les investissements nécessaires dans des secteurs névralgiques. En outre, certaines mesures d'économie appliquées aux ressources humaines ont entraîné des départs massifs et une perte d'expertise :
  - l'offre restreinte des services de base dans certains territoires est inegalement compensée par les médecins généralistes et les CLSC. De plus, les services à domicile ne répondent que partiellement à la demande, particulièrement en ce qui concerne les personnes dont l'état de santé nécessite des soins sur une longue période. Dans ce contexte, les personnes ayant des incapacités continuent généralement de s'adresser directement aux urgences et aux services spécialisés, lesquels sont déjà surchargés;
  - des activités visant la prévention et la promotion de la santé et du bien-être ont dû être délaissées pour répondre aux besoins urgents en matière de soins hospitaliers;
  - des pénuries de personnel ont affecté certains secteurs. Les nombreux départs à la retraite ont accentué ces pénuries;
  - la réorganisation du système de santé n'a pas permis, à ce jour, de changer certains de ses éléments structurants et d'adapter les leviers essentiels dans le but de favoriser une organisation de services efficiente. Ainsi :

- malgré l'évolution des besoins au fil des ans, le mode de rémunération des médecins et l'organisation de la pratique médicale ont peu changé. En outre, pour plusieurs citoyennes et citoyens, il demeure difficile d'avoir accès à un médecin de famille,

- l'allocation budgétaire n'a pas été modifiée. Fondamentalement, la très grande partie des budgets est toujours établie sur des bases historiques. Une méthode d'allocation a été conçue sur la base des caractéristiques sociosanitaires de la population, mais elle est appliquée à la marge, pour les budgets de développement,

- les systèmes d'information actuels n'offrent pas aux administratrices et aux administrateurs des données de gestion complètes et il est donc difficile d'établir des relations utiles entre ces données et les données cliniques,

- les systèmes d'information doivent être couplés à des outils de communication qui permettent l'échange d'information clinique et la surveillance de l'état de santé de la population. Ces outils sont essentiels pour organiser de véritables continuums de services. Le déploiement de ces outils exige toutefois des investissements considérables et doit, en outre, reposer sur une concertation étroite entre les partenaires.

L'évolution des dépenses

- Le gouvernement consacre actuellement quelque 40 % de ses dépenses de programmes aux services de santé et aux services sociaux (excluant le service de la dette). Cette proportion a augmenté graduellement au fil des ans, sauf pour la période de compressions budgétaires du milieu des années 90.

- Le niveau actuel des dépenses totales de santé du Québec est similaire à celui d'États ou de pays comparables. Sur le plan des dépenses publiques de santé, le Québec investit 2 079 $ par habitant (2000) et il occupe le 8e rang au Canada. Toutefois, le rythme de croissance des dépenses s'est accéléré pour atteindre un peu plus de 5 % par année au cours des cinq dernières années. Durant cette période, le gouvernement québécois a dû fournir un effort supplémentaire afin de compenser l'importante diminution de la contribution financière du gouvernement fédéral : celle-ci est passée de 5,57 MM $ en 1993-1994 à 4,14 MM $ en 2000-2001. Même avec l'injection des nouvelles sommes négociées à l'automne 2000, la contribution fédérale en 2005-2006 sera encore en deçà de ce qu'elle était en 1994. Dans l'avenir, soutenir un tel rythme de croissance risquerait de compromettre la marge de manœuvre budgétaire du gouvernement québécois.

L'augmentation des coûts du Régime général d'assurance médicaments, environ 20 % par année, offre une illustration des pressions financières qui s'exercent sur le système de santé et de services sociaux. Trois facteurs expliquent la croissance des dépenses dans ce programme : l'augmentation du volume des bénéficiaires, l'augmentation du nombre moyen d'ordonnances par personne et l'augmentation du coût unitaire moyen des médicaments.

Rappel du plan stratégique 2001-2004 et du plan annuel de gestion des dépenses 2001-2002

Le Plan stratégique 2001-2004 et le Plan annuel de gestion des dépenses du Ministère portent sur les activités, les enjeux et les orientations qui concernent l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Plan stratégique est structuré autour des cinq orientations suivantes :

- convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs;
- améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources;
- doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées;
- stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses;
- clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Ces orientations sont regroupées autour de 13 axes d'interventions qui comprennent, au total, 31 objectifs.

L'exercice de 2001-2002 est la première année où l'on fait référence au Plan stratégique du Ministère. Le Plan annuel de gestion des dépenses, quant à lui, reprend les objectifs et les cibles de résultats du Plan stratégique pour l'année 2001-2002.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION

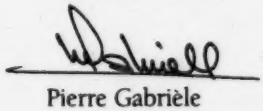
Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion sont sous ma responsabilité. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés au plan stratégique et au plan annuel de gestion des dépenses.

Les membres du comité de direction ont également approuvé le présent rapport annuel de gestion. De plus, la direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs, des explications et de l'information présentés à la section (La présentation des résultats) du rapport annuel de gestion, et a émis un rapport de validation sur cette information.

À mon avis, l'information présentée au rapport annuel de gestion du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice terminé le 31 mars 2002 correspond à la situation et est fiable.

Le sous-ministre,



Pierre Gabrièle

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 juillet 2002

RAPPORT DE VALIDATION DE LA VÉRIFICATION INTERNE

Monsieur le Sous-Ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs, des explications et des informations présentées à la section (La présentation des résultats) du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice terminé le 31 mars 2002. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction.

Notre responsabilité est d'évaluer le caractère plausible des informations et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons réalisé au cours de notre examen. Ce rapport n'est pas une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes (IVI). Les travaux ont consisté à prendre des renseignements, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs, à obtenir des pièces justificatives, à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne vise pas à vérifier les systèmes de compilation, à évaluer le contrôle interne ni à effectuer des sondages.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans la section (La présentation des résultats) du rapport annuel de gestion n'est pas à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, C.A.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 juillet 2002

Cette section présente, pour chacun des objectifs et chacune des cibles de la planification stratégique, les résultats atteints en fonction des indicateurs annoncés ainsi que des commentaires permettant de contexter les informations données.

Pour les cibles visées en 2001-2002, les résultats ont été qualifiés d'atteint, d'atteint partiellement, ou de non atteint, auquel cas une mesure exprimée en pourcentage indique la proportion réalisée.

Pour les autres cibles qui touchent les années 2002 et ultérieures, les résultats sont en voie d'atteinte, c'est-à-dire que les travaux sont en cours et que les résultats sont escomptés à court, moyen ou long terme.

OBJECTIF 1 **Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la politique de la santé et du bien-être (1992)**

Orientation stratégique 1 : Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

Axe d'intervention 1 : Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Révision de la Politique de la santé et du bien-être pour 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Publication de la politique.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Les travaux d'analyse permettant de rédiger une version préliminaire de la politique ont été achevés en 2001-2002. Le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être exige l'articulation de différentes démarches, tant à l'interne qu'avec des organisations extérieures. Les deux pôles suivants ont été retenus pour guider l'ensemble de l'opération qui devrait connaître son aboutissement en novembre 2002 :

- L'organisation générale des services de santé et des services sociaux ainsi que les politiques populations, les programmes, les plans d'action du Ministère et du réseau;
- Les partenariats du Ministère et du réseau avec les acteurs sociaux en cause (ministères, organismes, associations, etc.), en vue d'agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Le plan de rédaction de la Politique de la santé et du bien-être 2002-2012 est en voie d'achèvement; on prévoit le finaliser dans le délai prévu.

OBJECTIF 2 **Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance**

Orientation stratégique 1 : Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

Axe d'intervention 1 : Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Actualisation du cadre législatif de la santé publique en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du projet de loi sur la santé publique.	Dépôt du projet de loi à la session législative du printemps 2001.	Atteint. Dépôt du projet en juin 2001, et adoption de la loi en décembre 2001.

Commentaires :

La *Loi sur la protection de la santé publique*, promulguée en 1972, était devenue désuète. Au début de l'année 2000, le Ministère a entrepris d'actualiser ce cadre législatif de façon à mieux tenir compte des nouvelles réalités en santé publique au Québec.

Une consultation préliminaire auprès des instances de santé publique, ainsi que des ministères et des organismes visés par les mesures proposées, a été menée à l'automne 2000. Le projet de loi no 36 a été déposé à l'Assemblée nationale, en juin 2001, puis adopté et sanctionné (*Loi sur la santé publique*) en décembre 2001, tel que prévu selon l'échéancier du Plan stratégique.

Pour la prochaine année, divers travaux sont planifiés en vue d'implanter et de mettre en œuvre la *Loi sur la santé publique*, et d'instaurer les règlements liés à son application.

OBJECTIF 2 **Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance**

Orientation stratégique 1 : Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

Axe d'intervention 1 : Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Développement du programme de santé publique pour 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion aux fins de la mise en œuvre du programme de santé publique.	Diffusion du programme en 2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Le Programme national de santé publique constitue l'instrument privilégié d'orientation et de planification en matière de santé publique, pour les dix prochaines années. Il s'inscrit en continuité des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, dont il prendra la relève dès 2003-2004.

Le Programme national de santé publique prend ancrage dans la récente *Loi sur la santé publique*, adoptée en décembre 2001. Il s'articule autour des fonctions essentielles de santé publique : la surveillance de l'état de santé des Québécoises et des Québécois, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes, et la protection de la santé de la population. Le programme sera conçu en tenant compte des cibles prioritaires d'intervention pour les différents domaines d'intervention de la santé publique, ainsi que des groupes d'usagères et d'usagers du système de santé regroupés selon les diverses étapes du cycle de vie.

Le Programme national de santé publique s'inscrit à l'intérieur de la Politique de la santé et du bien-être. Il permettra de préciser la contribution de la santé publique aux objectifs visés par le système de santé et de services sociaux en matière de surveillance, de promotion et de protection de la santé, et en ce qui a trait à la prévention de la maladie. Le programme favorisera une pratique optimale de santé publique, tout en précisant à la fois l'offre de services commune à l'ensemble des régions du Québec et l'adaptation de cette offre de services aux particularités régionales. Le programme permettra, enfin, de définir les responsabilités des acteurs institutionnels du réseau de la santé publique.

Les travaux entourant l'élaboration du Programme national de santé publique ont débuté à l'automne 1999. Ils vont bon train et permettent d'espérer la diffusion du programme à l'hiver 2003.

OBJECTIF 3 **Assumer le rôle conseil du ministère auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être**

Orientation stratégique 1 : Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

Axe d'intervention 1 : Sur le plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Élaboration d'un mécanisme d'analyse des répercussions des projets gouvernementaux sur la santé et le bien-être, en 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Proposition au gouvernement d'un mécanisme d'analyse des répercussions.	Dépôt de la proposition en 2002-2003.	À venir.

Commentaires :

L'élaboration d'un mécanisme d'analyse des répercussions présuppose de lui donner une assise légale, de proposer une stratégie permettant la mise en œuvre de la mesure législative et, enfin, d'expérimenter et d'évaluer cette stratégie au regard de son utilisation.

La *Loi sur la santé publique*, adoptée en décembre 2001, prévoit que le « ministre est conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (art 54).

Afin de guider la mise en application de cet article par les différents ministères et organismes, on prévoit la rédaction d'un document d'orientation et le développement d'outils permettant de préciser plus facilement les mesures prévues par les projets de lois et les règlements susceptibles d'avoir des effets significatifs sur la santé. Ce document d'orientation et les outils associés permettront de documenter la nature et la portée de ces effets afin d'éclairer les décisions des autorités gouvernementales. Ces documents seront disponibles à l'été 2002.

OBJECTIF 4 **Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 1 : Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection.

Cible : Élaboration d'un plan d'action 2001-2004 en santé publique avec ses cibles particulières.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion du Plan d'action en santé publique.	Élaboration du plan d'action.	Atteint partiellement : 80 % Plan d'action achevé.

Commentaires :

Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Michel Clair, indiquait que le virage préventif annoncé pour le réseau de la santé et des services sociaux ne s'est pas toujours pas concrétisé. La Commission proposait que le ministère de la Santé et des Services sociaux investisse davantage dans des services préventifs efficaces afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

Par ailleurs, on constate que les récentes connaissances, les changements démographiques et l'apparition de nouvelles problématiques de santé et de bien-être, au Québec, ont une incidence majeure sur le système de santé. Un plan d'ensemble des actions à entreprendre en santé publique, pour assurer la mise en application des priorités de santé publique et répondre aux besoins de la population, a donc été conçu. Ce plan d'action sera complété par la mise en place du Programme national de santé publique en voie d'élaboration.

Le Plan d'action en santé publique insiste sur l'importance de promouvoir davantage la prévention des principaux problèmes de santé, tels les cancers et les maladies cardiovasculaires, et de favoriser le vieillissement en bonne santé des personnes âgées et le développement de jeunes autonomes et responsables; autant de constats préalablement démontrés. Le plan prévoit, en outre, la mise en œuvre de mesures précises pour chacun des groupes cibles, c'est-à-dire les enfants et les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Il préconise, également, des mesures particulières liées aux risques physiques, chimiques et biologiques, lesquelles concernent l'ensemble des Québécoises et des Québécoises.

Le plan d'action sera rendu public au moment où le financement nécessaire sera disponible.

OBJECTIF 4 **Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 1 : Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection.

Cible : Plan d'action avec cibles particulières en matière de prévention du suicide chez les adolescents.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Implantation de la stratégie québécoise de prévention. Nombre de projets-pilotes. Accessibilité téléphonique 24/7.		Les résultats sont atteints à 80 %.

Commentaires :

Une tournée régionale et nationale d'évaluation sur l'implantation de la Stratégie québécoise de prévention du suicide a été complétée et se terminera par un colloque, en mai 2002.

Le comité mixte MSSS-Régies assure la coordination de la mise en œuvre de la Stratégie québécoise, notamment par des mesures de prévention du suicide dans les centres jeunesse et la formation des omnipraticiennes et des omnipraticiens.

Une ligne téléphonique sans frais (1 866 APPELLE) a été mise en place, à l'échelle provinciale, pour promouvoir la demande d'aide des personnes suicidaires et de leurs proches; ce service d'écoute téléphonique est en service 24 heures par jour (24/7).

Un budget additionnel de 560 000 $ a été alloué en prévention du suicide pour augmenter l'offre de service. Il a été réparti dans 14 régions, en 2001-2002.

Les indicateurs prévus dans la Planification stratégique ont été modifiés à la suite du transfert de ce programme de la Direction générale de la santé publique à la Direction générale des services à la population.

Tous les résultats des projets-pilotes devraient nous parvenir à la fin du mois de décembre 2002.

OBJECTIF 5 **Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille, oeuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec la responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Développement d'au moins 10 projets de Groupes de médecine de famille (GMF), en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de projets implantés. Nombre de personnes inscrites auprès des médecins de famille.	Une dizaine de projets.	Non atteint.

Commentaires :

Actuellement, 20 projets de GMF, répartis dans 15 régions du Québec, ont été retenus. Ils concernent 333 médecins appelés à desservir de 400 000 à 472 000 personnes, selon les estimations faites par les médecins de leur clientèle actuelle.

La phase 1, soit la phase préparatoire, se poursuit jusqu'au printemps 2002. Cette phase aura permis de définir le concept des GMF et de se doter des outils nécessaires à leur implantation. En janvier 2002, la Fédération des médecins omnipraticiens et le Ministère ont amorcé des négociations pour la conclusion d'une entente transitoire sur la rémunération des médecins. Au cours de la phase II, soit le démarrage transitoire, les premiers GMF obtiendront leur accréditation par le ministre après la conclusion d'une série d'ententes préalables : d'abord entre les médecins du GMF, puis avec le CLSC situé sur le territoire où ils exerceront, et ensuite avec la régie régionale en cause. Enfin, l'entente transitoire doit aussi être conclue entre le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens avant que les GMF puissent amorcer l'inscription de leur clientèle, prévue à l'été 2002.

OBJECTIF 5 **Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille, oeuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec la responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Implantation graduelle des Groupes de médecine de famille (GMF), entre 2001 et 2004.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre d'ententes contractuelles.	2002-2004.	À venir.

Commentaires :

Lorsque le Ministère aura complété le démarrage des 20 premiers GMF, il entend poursuivre leur mise en place graduelle dans l'ensemble du Québec d'ici à 2005-2006.

OBJECTIF 6 **Compléter l'offre de services de base dans les CLSC**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Mise en œuvre des orientations sur la gamme de services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leurs familles, au cours des années 2001-2002 et 2003-2004.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion des orientations.	Diffusion février 2002.	Non atteint.
Nombre de CLSC avec équipe de base en jeunesse.	Le concept d'équipe de base sera défini dans les orientations.	Diffusion reportée à l'automne 2002.
Nombre de CLSC qui offrent la gamme complète de services de base.	Cible à définir à la suite des orientations.	

Commentaires :

Une somme de 10 M$ a été allouée aux CLSC pour améliorer l'organisation des services de base, notamment :

- psychosociaux courants;
- de soutien aux compétences parentales;
- d'intervention de crise ou en situation de détresse;
- de suivi intensif auprès des familles en difficulté;
- de stimulation précoce;
- de répit dépannage.

Au cours de l'année 2001-2002, les montants alloués ont visé essentiellement les jeunes âgés de 0 à 11 ans. Les CLSC ont ciblé leurs interventions au sein des couches particulièrement défavorisées de la population.

Les travaux effectués à l'occasion des forums jeunesse, tenus en juin et en décembre 2001, ont permis de préciser les éléments fondamentaux devant être inclus dans les orientations qui seront diffusées au cours de la prochaine année. Des investissements supplémentaires déjà autorisés de 5 M$, en 2002-2003, et de 5 M$ en 2003-2004, permettront de poursuivre la consolidation de l'offre de services en CLSC.

Une des mesures de la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille vise à définir les orientations sur les services de base en CLSC à l'automne 2002.

OBJECTIF 6 **Compléter l'offre de services de base dans les CLSC**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Élaboration, au cours de l'année 2001-2002, de la Politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion de la politique.	Mars 2002.	Atteint partiellement. (80 %) Projet de politique rédigé.

Commentaires :

Ce projet a été conçu à partir du rapport du comité mis sur pied pour réviser le cadre de référence sur les services à domicile (1994). De nombreux partenaires ont été consultés, notamment les régies régionales, les associations d'établissements, ainsi que des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale.

Le budget des services à domicile est passé de 297,5 M$, en 1994-1995, à 555 M$ en 2000-2001. On estime, actuellement, à 580 M$ les sommes que le Québec consacre à ce secteur.

Le projet de politique, tel que proposé, nécessitera des crédits supplémentaires d'une importance telle que l'investissement devrait se répartir sur trois ans.

Ces crédits seront considérés dans les demandes adressées au gouvernement fédéral, à l'intérieur du dossier faisant état des besoins à combler.

OBJECTIF 7 **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Charte des comptes liant les entreprises ambulancières (rubrique d'information financière).	Adoption d'une charte de comptes par toutes les entreprises ambulancières du Québec.	Atteint partiellement : 80 % des entreprises ambulancières et la Corporation d'Urgences-santé ont adopté la charte des comptes.

Commentaires :

Un comité composé de représentantes et de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des associations d'entreprises ambulancières, a remis au ministre, en avril 2001, un document intitulé *Rubrique d'information financière* permettant de définir et d'uniformiser les postes budgétaires et les données opérationnelles des entreprises ambulancières. Le 20 mai 2001, une lettre d'engagement des trois associations d'entreprises ambulancières confirmait l'intégration de la nouvelle charte de comptes à la comptabilité générale des entreprises ambulancières.

Au 31 mars 2002, 80 % des entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé (Montréal et Laval) ont adopté la charte des comptes.

OBJECTIF 7 **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Entrée en vigueur des protocoles.	Préparation d'une entente type de services ambulanciers.	La préparation de l'entente type de services ambulanciers est achevée à 40 % et l'étude sur la révision des coûts est complétée à 80 %.

Commentaires :

Les travaux liés à la préparation d'une entente type de services ambulanciers sont entrepris et touchent les trois volets particuliers suivants :

- le remplacement du contrat à budget par une entente de services ambulanciers;
- l'étude sur la révision des coûts et des paramètres budgétaires des entreprises ambulancières;
- le financement des véhicules ambulanciers.

Le remplacement du contrat à budget par une entente de services ambulanciers

Les travaux liés à la préparation d'une entente type de services ambulanciers progressent et se poursuivront au cours de l'an prochain. Dans l'intervalle, et en accord avec les associations d'entreprises ambulancières, l'actuel contrat à budget a été prolongé jusqu'en 2002-2003.

L'étude sur la révision des coûts et des paramètres budgétaires

Une étude sur la révision des coûts et des paramètres budgétaires des entreprises ambulancières a été confiée au bureau de comptables agréés Raymond Chabot Grant Thornton qui a évalué les états financiers d'un échantillon de 27 entreprises ambulancières de même que ceux de la Corporation d'urgences-santé. La compilation des données de l'étude a été complétée en décembre 2001. Un comité formé de représentantes et de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des associations d'entreprises ambulancières, de même qu'un sous-comité de travail, analysent les résultats de l'étude et publieront leurs conclusions dans un rapport prévu pour juin 2002.

Le financement des véhicules ambulanciers

Le financement des véhicules ambulanciers a été examiné sous l'angle des modalités de financement, des exigences de conformité aux normes du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) et d'acquisition par regroupement des achats. Le 25 janvier 2002, le Ministère convenait, de concert avec les associations des entreprises ambulancières, d'augmenter de 5 600 $ le montant alloué à l'achat d'un véhicule ambulancier. Ce montant s'applique rétroactivement, à compter d'avril 2000, sur toute acquisition d'un véhicule ambulancier neuf conforme aux normes.

OBJECTIF 7 **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en place d'un service de navette multipatients.	Définition des paramètres qui encadrent la gestion du service de navette Multipatients.	La définition des paramètres est complétée à 100 % et la préparation de l'appel d'offres est réalisée à 20 %.

Commentaires :

En septembre 2001, le Conseil du trésor a approuvé un mémoire concernant la préparation d'un appel d'offres aux transporteurs privés relativement à la mise en place d'un service de navette multipatients, dans le secteur nord-ouest québécois. Un comité a été mandaté pour implanter le service de navette, lequel devrait être fonctionnel au cours de l'année 2002-2003.

OBJECTIF 7 **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Élaboration, en 2001-2002, du protocole d'entente définissant les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, en collaboration avec les associations municipales.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Entrée en vigueur d'un protocole d'entente.	Élaboration d'un protocole d'entente.	La préparation d'un protocole d'entente est achevée à 80 %.

Commentaires :

Les travaux liés à l'élaboration du protocole d'entente liant le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Union des municipalités du Québec, la Fédération québécoise des municipalités, le ministère des Affaires municipales et de la Métropole et le ministère de la Sécurité publique, ont permis de statuer sur les rôles et les responsabilités des parties dans la mise en place des services de premiers répondants ainsi que sur les mécanismes opérationnels.

Les travaux seront finalisés au cours de la prochaine année et devraient permettre de statuer sur le partage des coûts entre le Ministère et les municipalités.

OBJECTIF 7 **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 2 : Une première ligne de services comme assise du système.

Cible : Intégration fonctionnelle, à partir de 2003-2004, de l'ensemble des intervenants impliqués dans le préhospitalier d'urgence, notamment par la mise en place de centrales de coordination santé (CCS)

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de centrales fonctionnelles.	4 CCS seront consolidées sur un total de 8, au moment de l'échéance fixée en 2003-2004.	40 % des centrales de coordination santé sont fonctionnelles.

Commentaires :

La configuration territoriale en vue de l'implantation des centrales de coordination santé a été complétée, tel que prévu, en juillet 2001.

Au 31 mars 2002, la cible de consolidation des centrales de coordination des appels urgents en CCS est atteinte à 40 %. Les CCS consolidées sont fonctionnelles dans les régions de Montréal-Laval (Urgences-santé) et Chaudière-Appalaches. Toutefois, il faut rappeler que cette consolidation s'échelonnera jusqu'en mars 2004.

Le financement des CCS, par la perception d'une taxe des lignes téléphoniques, est toujours à l'étude.

OBJECTIF 8 **Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Étude sur les taux d'incidence et les causes probables des effets indésirables et des accidents évitables dans la prestation des soins de santé, en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion de l'étude.	Étude.	Non atteint.

Commentaires :

Le comité ministériel chargé d'examiner le phénomène des accidents médicaux évitables au Québec, présidé par M. Jean Francoeur, a remis au ministre, en février 2001, un rapport intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Le rapport recommande notamment :

- Le démarrage d'une recherche ayant comme objectif de révéler le taux d'incidence des effets indésirables et des accidents évitables, leurs causes probables et la gravité des préjudices qu'ils entraînent;
- La mise en place d'une équipe ministérielle chargée d'implanter les mesures et la création d'un comité permanent de soutien à la gestion des risques.

Afin de répondre à ces recommandations, le ministre créait, en septembre 2001, le Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité. À la suite de l'examen des recommandations du Rapport Francoeur, le groupe a précisé les orientations de la recherche en l'axant sur l'analyse des causes des accidents médicaux, à partir de l'étude des dossiers des assureurs et du Bureau du coroner. L'objectif visé par cette recherche est de créer une grille d'évaluation des risques afin de mieux gérer le phénomène des accidents évitables et de mieux les prévenir. Cette recherche sera réalisée par le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), à compter du printemps 2002. Un rapport préliminaire sera déposé au bureau du ministre, en décembre 2002.

Le Groupe a également accepté de collaborer à la recherche subventionnée par le gouvernement fédéral sur l'incidence et le type d'accidents survenus au cours des deux dernières années. Cette recherche prévoit l'étude de 3 720 dossiers dans cinq provinces canadiennes, dont 784 au Québec; elle débutera à l'automne 2002. Le rapport final devrait être remis au ministre à l'automne 2004.

Le Ministère a chargé la Direction de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique d'implanter certaines des mesures proposées et d'en effectuer tant le suivi que le soutien administratif.

OBJECTIF 8 **Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé**

Orientation stratégique 2: Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3: La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible: Révision de l'encadrement législatif, réglementaire et administratif, en 2002-2003, et renforcement des mécanismes d'information à l'usager.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt des modifications législatives et réglementaires.	2002-2003.	À venir.

Commentaires:

Le rapport du Comité ministériel d'examen du phénomène des accidents médicaux évitables au Québec constate que ce phénomène a été ignoré dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En conséquence, le rapport propose des modifications à la Loi, visant notamment à:

- inclure le terme « sécurité » dans le texte de la loi;
- confirmer le droit des patientes et des patients de recevoir l'information pertinente relativement aux accidents médicaux dont ils sont victimes;
- prévoir la responsabilité de différentes instances de s'assurer de la sécurité des services offerts, et l'obligation à tout membre du personnel et à toute personne professionnelle de déclarer toute erreur.

À la suite de ces recommandations, le Ministère a préparé et déposé au Conseil des ministres un mémoire concernant les modifications à apporter à la loi en vue d'assurer, à chacun des usagères et des usagers du système de santé québécois, la sécurité qu'ils sont en droit d'attendre. Car la sécurité renvoie au respect du droit à l'information, à la vie et à l'intégrité de chaque personne lorsqu'un accident évitable survient dans la prestation des soins. Ce projet de loi est au menu législatif du printemps 2002 pour présentation en vue de son adoption à l'automne seulement.

OBJECTIF 9 **Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Mise en œuvre des orientations ministérielles au regard des personnes âgées en perte d'autonomie.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de territoires où existent des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie.	Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie.	Atteint partiellement : 20 %

L'implantation de réseaux de services intégrés nécessite la mise en œuvre de plusieurs composantes, dont le bilan de l'année 2001-2002 figurant au tableau suivant :

IMPLANTATION DES COMPOSANTES	NOMBRE DE RÉGIONS : 16			IMPLANTATION DES COMPOSANTES	NOMBRE DE RÉGIONS : 16		
	Étape planification	En cours de réalisation	Réalisée		Étape planification	En cours de réalisation	Réalisée
Guichet unique	4	8	3	Médecins de famille*	5	15	—
Système d'évaluation	—	13	3	Équipes de gériatrie	3	7	4
Système de communication	1	3	—	Mécanismes de concertation	4	6	2
Système de gestion de cas	6	9	—	Budget « Personnes en perte d'autonomie »	6	—	—
Équipes locales	7	1	—	Responsable local	1	2	—

* 20 groupes de médecin de famille ont été autorisés pour la province.

Commentaires :

Diffusion, en février 2001, des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie privilégiant des réseaux de services intégrés. La planification des modalités de mise en œuvre des orientations ministérielles a été complétée, notamment les éléments relatifs aux réseaux intégrés. Différents mécanismes existent pour assurer le suivi et le soutien à la mise en œuvre de cette cible.

OBJECTIF 9 **Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérable en raison d'une perte d'autonomie**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Révision et poursuite de la mise en œuvre des cibles prioritaires en santé mentale, dont les réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de territoires où sont implantés des réseaux de services intégrés en santé mentale.		À venir.

Commentaires :

Parmi les cibles prioritaires, on retrouve la transformation du réseau. De façon générale, dans le secteur de la santé mentale, on observe une amélioration sensible reflétée par les indicateurs de la transformation des services offerts en santé mentale. Ces indicateurs sont exprimés en nombre de lits d'hospitalisation en santé mentale par 1000 habitants, par la durée moyenne de séjour et par le pourcentage des budgets alloués aux services dans la communauté :

- le nombre de lits d'hospitalisation par 1000 habitants est passé de 0,86 par 1000 habitants, en 1994-1995, à 0,58 par 1000 habitants en 2000-2001;
- la durée de séjour passe de 23,9 à 19,5 et le pourcentage des budgets alloués aux services dans la communauté, de 39,9 % à 50 %.

Diffusion de l'avancement des travaux quant à la transformation des services en santé mentale. En outre, les cibles prioritaires ont été mieux définies.

Conformément à la loi P-38001, et à partir des bilans préparés par les régies régionales, 11 régions ont complété leurs travaux visant à assurer les services de crise.

Des expériences concrètes de mise en réseaux de services intégrés devraient être réalisées dans au moins 3 régions au cours de l'année 2002-2003.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Élaboration, en 2001-2002, des orientations à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion des orientations à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle.	Élaboration des orientations à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle.	Atteint.

Commentaires :

Le Ministère a rendu publique deux documents qui présentent, d'une part, ses orientations en matière de déficience intellectuelle et, d'autre part, le plan d'action qui s'y greffe :

- MSSS, *De l'intégration à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001.
- MSSS, *De l'intégration à la participation sociale : Plan d'action de la Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001.

Une somme de 11 M$ a été allouée pour soutenir la mise en œuvre des actions prioritaires suivantes :

- l'intervention précoce;
- le soutien aux familles;
- les services résidentiels et socioprofessionnels;
- le soutien aux organismes communautaires de ce secteur.

Les orientations ministérielles ont été élaborées en étroite collaboration avec les organismes en cause, soit les régies régionales, les CLSC, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, ainsi qu'avec des personnes représentant les bénéficiaires. Un plan d'action quinquennal assujetti ces orientations.

Un Comité national en déficience intellectuelle, composé des représentantes et des représentants des différents organismes intéressés, est chargé d'assurer le suivi et le soutien de l'implantation des orientations, de mobiliser les divers milieux d'intervention et de diffuser les expériences et les recommandations des ajustements souhaitables.

Des activités d'appropriation se sont déroulées et se poursuivent dans différentes régions, dont des activités d'information et de sensibilisation sur la Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Ces activités permettent également de sensibiliser les régies régionales, les établissements et les associations d'établissements.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Suivi intensif auprès de 9 000 enfants pour qui le risque est élevé d'éprouver des problèmes d'adaptation sociale. L'échéance a été fixée en décembre 2004.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de parents et de jeunes bénéficiant du programme de services et de suivi intensif.	Implantation partielle (environ 1 CLSC région) du programme 0-1 an.	Non atteint.

Commentaires :

Le programme cadre de soutien aux jeunes ainsi que plusieurs outils d'intervention a été élaboré au cours de l'année 2001-2002.

Les outils pédagogiques pour les jeunes parents, de même que les outils d'implantation du programme ont été édités et sont prêts à être diffusés. Les 17 CLSC qui participeront à la première phase d'implantation ont été choisis (1 CLSC par région, sauf à Montréal où il y a 2 CLSC).

Au cours de l'automne 2002, le Programme de soutien aux jeunes parents, destiné aux parents d'enfants âgés de 0 à 1 an, sera implanté dans un CLSC par région, et ce, à l'intérieur des 16 régions sociosanitaires. À l'hiver 2003, ce programme sera étendu à la grandeur du Québec.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible : Élaboration, en 2001-2002, d'une stratégie de mise en œuvre des orientations, à l'égard des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion de la stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches.	Élaboration d'une stratégie.	Atteint partiellement : 20 %

Commentaires :

La stratégie de mise en œuvre reliée aux orientations ministérielles en déficience physique a été amorcée par divers travaux. Ainsi :

- Un portrait des services offerts aux personnes ayant une déficience physique, ainsi qu'à leurs proches, a été dressé à partir des objectifs prévus aux orientations ministérielles. Ce portrait découle d'une analyse qualitative et quantitative des données provenant de l'ensemble des régions du Québec.
- S'appuyant sur ce portrait de la situation, un groupe de travail composé de personnes représentant le Ministère, les régies régionales, les établissements de santé et de services sociaux, ainsi que le milieu associatif des personnes handicapées, a précisé le type de services nécessaires sur le plan de :
  - l'adaptation des services aux besoins des personnes;
  - l'organisation des services cliniques;
  - l'organisation régionale des services;
  - le financement des services;
  - le suivi de gestion et des résultats;
  - l'évaluation.

– Au cours de l'année 2001-2002, une somme additionnelle de 10 M$, dont 8 M$ pour des services et 2 M$ pour les aides techniques et les fournitures, a été allouée pour répondre aux besoins les plus urgents. Les régions ont réparti ces sommes afin de diminuer, en priorité, les listes d'attente pour les services de base et spécialisés de réadaptation.

Ces travaux se poursuivront en 2002-2003. Ils permettront d'adopter, en cours d'année, la stratégie de mise en œuvre visant à actualiser les orientations ministérielles en matière de déficience physique.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Objectif 10 Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.

Cible : Poursuite de la mise en œuvre des programmes et plan d'action pour les personnes atteintes de cancer.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en œuvre du programme québécois de lutte contre le cancer.	Poursuite de la mise en œuvre.	Atteint.

Commentaires :

En janvier 2002, le Ministère a mis fin aux transferts vers les États-Unis de personnes atteintes de cancer. C'est en 1999 que le Ministère avait signé des contrats avec cinq centres américains, afin de traiter en radiothérapie des personnes ayant un cancer du sein ou de la prostate dans les meilleurs délais et ainsi diminuer les listes d'attente. La mise en place d'un projet pilote visant l'augmentation des heures de services en radio-oncologie et la possibilité de transférer certains malades à l'intérieur du réseau d'établissements québécois ont contribué à l'abandon des transferts vers les centres américains.

Ainsi du 1er avril 2001 au 31 janvier 2002, date à laquelle prenait fin les transferts, 303 personnes atteintes du cancer du sein ou de la prostate ont été transférées vers les États-Unis pour être traitées en radiothérapie comparativement à 775 durant l'année financière 2000-2001. De plus, du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, 178 patients ont été transférés au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières toujours pour des cas de cancer du sein ou de la prostate. L'arrêt des transferts dans les centres américains n'est cependant possible qu'à la condition de maintenir la mesure de temps supplémentaire jusqu'en août 2002, alors que l'arrivée d'une nouvelle cohorte de technologues en radio-oncologie devrait permettre de mieux répondre aux besoins de traitement de la clientèle québécoise.

Au total, pour la période d'avril 2001 à mars 2002, 16 869 personnes ont reçu des traitements en radio-oncologie dans les centres de radio-oncologie du Québec, soit une augmentation de 2,3 % par rapport à la période d'avril 2000 à mars 2001 et de près de 9,8 % par rapport à celle d'avril 1999-mars 2000.

En avril 1998, le Ministère lançait le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) qui présentait une perspective d'ensemble des mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer. Au printemps 2001, le Ministère, dans sa volonté d'intégrer les différents aspects du PQLC, a mis sur pied le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ) dont le mandat est de coordonner les ressources (intraministérielles et extraministérielles) et les moyens afin d'atteindre les objectifs de diminution de l'incidence du cancer et de sa mortalité.

Au cours de la dernière année, le Centre a notamment soutenu financièrement les régies régionales, une somme de 60 000 $ a été octroyée à chacune, pour les aider à réaliser le triple mandat confié pour l'implantation du PQLC, soit la mise en place d'un comité régional de lutte contre le cancer, la réalisation d'un état de situation permettant de caractériser l'avancement de la lutte contre le cancer dans les régions et l'élaboration d'un plan d'action formulé à partir des constats observés. Il a également soutenu l'action des régions par la production de données nationales et de données régionales, l'élaboration d'outils et la tenue de séances de travail destinées à standardiser des états de situation régionaux sur l'avancement de la lutte contre le cancer.

Les états de situations ont été remis au début d'avril 2002. Un portrait de la lutte au cancer dans les régions du Québec sera produit, par l'équipe du Centre, au cours de l'année 2002-2003. Le Centre entend donc poursuivre ses démarches afin de consolider les liens entre les différents partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer.

Évolution du nombre de patients transférés aux États-Unis

Juin 1999 au 31 mars 2000	1er avril 2000 au 31 mars 2001	1er avril 2001 au 31 janvier 2002	Total
532	775	303	1610

Évolution du nombre de patients transférés au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

1er avril 2000 au 31 mars 2001	1er avril 2001 au 31 janvier 2002	Total
81	178	259

Patients traités en radio-oncologie

Avril 1999-Mars 2000	Avril 2000-Mars 2001	Avril 2001-Mars 2002	Écart entre Avril 2001-Mars 2002 et Avril 1999-Mars 2000 %	Écart entre Avril 2001-Mars 2002 et Avril 2000-Mars 2001 %
15367	16485	16869	9,77	2,33

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Objectif 10 : Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.

Cible : Poursuite de la mise en œuvre des programmes et plan d'action pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en œuvre du plan d'action.	Poursuite de la mise en œuvre des programmes.	Atteint.

Commentaires :

Au cours de l'année 2001-2002, il y a eu 8 091 interventions en cardiologie tertiaire, soit une augmentation de près de 3 % par rapport à l'année 2000-2001 et de 7 % par rapport à l'année 1999-2000.

Pour les prochaines années, on estime que les ressources humaines en cardiologie tertiaire seront suffisantes pour assurer l'accès à des services sécuritaires et de qualité. Ainsi, les 40 chirurgiens actifs, avec une charge de travail de 250 cas/année par chirurgien, pourront faire face à la demande prévue jusqu'en 2010. De plus, les effectifs en angioplastie ne seront vraisemblablement pas affectés de façon significative par les départs à la retraite, durant au moins 15 ans. En moyenne, le recrutement au cours des trois dernières années s'est fait au rythme d'environ trois nouveaux angioplasticiens par an. Il s'agit d'un accroissement annuel de l'ordre de 5 % à 6 % qui correspond assez bien à l'augmentation de la demande et du volume d'activités. Au cours des 15 dernières années, un recrutement constant a fait en sorte que la situation, sans être parfaite, n'est pas critique.

Par ailleurs, les travaux du comité de planification de la main d'œuvre des perfusionnistes ont permis de conclure à un besoin urgent de formation de 9 perfusionnistes pour 2003. Cette cohorte de 9 personnes ne fera que répondre aux besoins à court terme.

Enfin, en ce qui a trait à la pratique avancée des infirmières en cardiologie tertiaire, un groupe de travail a été mis en place afin de poser les balises d'un projet de formation pour une première cohorte d'infirmières spécialisées en cardiologie tertiaire. Un second groupe de travail veillera, dans une perspective de planification de la main-d'œuvre, à consolider le rôle des infirmières comme premières assistantes en chirurgie cardiaque.

Nombre de chirurgies cardiaques

1999-2000	2000-2001	2001-2002	Écart entre 2001-2002 et 1999-2000	Écart entre 2001-2002 et 1999-2000
7557	7866	8091	7,07 %	2,86 %

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2: Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3: La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible: Poursuite de la mise en œuvre des programmes et plan d'action pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et d'insuffisance cardiaque (IC).

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mise en œuvre du plan d'action.	Réalisation des projets dans toutes les régions.	Atteint partiellement: 80 %

Commentaires:

Surveillance des projets mis en place dans les régions

- 22 projets, totalisant 5,6 M$, sont présentement en opération;
- 8 régions ont consolidé des services pour les personnes atteintes d'une MPOC (04, 05, 06, 11,12, 14, 15 et 16);
- 3 régions ont consolidé des services pour les personnes atteintes d'une IC (03, 04 et 08);
- 3 régions ont consolidé des services pour les personnes atteintes d'une IC ou d'une MPOC (01, 02 et 09).

En juin 2001, la plupart des projets étaient en phase de planification et ont démarré à l'automne 2001. Des crédits additionnels de 1 M$ ont été versés aux régions de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de leur permettre d'expérimenter l'intégration des services pour plus d'une maladie chronique: MPOC, IC, diabète, asthme, maladie cardiovasculaire. Ces régions expérimentent l'intégration des services pour au moins deux maladies chroniques.

Production d'outils de formation destinés au personnel du réseau

La MPOC et l'IC sont des maladies chroniques qui exigent donc une approche adaptée à la situation particulière de chacune des personnes qui en sont atteintes. Compte tenu que ces maladies sont incurables, il faut préconiser une approche intégrée et multidisciplinaire qui favorise une participation active de la patiente ou du patient, et une complémentarité des actions permettant aux personnes malades de se réadapter et de mieux vivre, malgré leur maladie.

Les objectifs et le contenu de treize modules de formation ont été définis, notamment les dimensions psychologiques, l'examen physique, la pharmacologie et le contrôle de la décompensation de l'insuffisance cardiaque. Cette formation s'adressera principalement au personnel infirmier, aux inhalothérapeutes, aux auxiliaires familiales, aux diététistes, ainsi qu'aux travailleuses et aux travailleurs sociaux.

Surveillance des projets mis en place dans les régions

Les crédits alloués dans le cadre de cet investissement ont servi de levier de consolidation pour l'intégration de services et des programmes mis en place dans les régions.

Production d'outils de formation

Les contenus de formation et les outils pédagogiques seront produits à compter d'avril 2002 et diffusés au cours de la prochaine année.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible additionnelle : Assurer l'implantation des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Le nombre de mesures du plan d'action mises en place.	Démarrer les travaux pour la majorité des mesures sous la responsabilité du MSSS (26 sur 59).	Atteint partiellement : 80 % 22 mesures sur 26 sont réalisées ou en voie de l'être.

Commentaires :

Le premier Plan d'action en matière d'agression sexuelle a été adopté en mars 2001. Plusieurs de ses mesures relevant du Ministère sont réalisées ou en voie de l'être :

- Le lancement d'une campagne de sensibilisation contre les agressions sexuelles; la campagne a déjà commencé pour ce qui est des jeunes, tandis que le lancement du volet s'adressant aux adultes est à venir;
- La diffusion du *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agressions sexuelles*;
- La réalisation, en juin 2001, d'activités de formation offertes à l'échelle nationale, visant l'implantation de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'agression sexuelle, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (juin 2001);
- La formation d'un groupe de travail pour le suivi de l'implantation de l'Entente multisectorielle, l'adoption et la diffusion d'une grille de divulgation policière;
- La consolidation du financement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et le développement de nouveaux centres, afin d'assurer la disponibilité des services d'aide aux femmes partout au Québec;
- La consolidation du financement des organismes Espace afin de favoriser l'organisation d'activités de prévention en matière d'agression sexuelle;
- L'identification des centres désignés pour recevoir les victimes d'agression sexuelle;
- La mise sur pied d'un comité de spécialistes sur le traitement des agresseurs sexuels afin de proposer un modèle d'organisation de services qui favorise l'intervention professionnelle et spécialisée auprès des agresseurs sexuels, et enfin le soutien des ressources communautaires intervenant auprès de ces derniers.

Au cours de l'année 2001-2002, un total de 6,8 millions de dollars a été alloué pour ces services.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des orientations gouvernementales sont sous la responsabilité du Comité interministériel en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle dont le Ministère est membre.

L'implantation des différentes mesures nécessite l'engagement de nombreux partenaires sur le terrain. Le leadership assumé par les régies régionales dans la coordination intersectorielle est considérable.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible additionnelle : Finalisation de l'implantation de la Politique en violence conjugale. L'échéance a été fixée en décembre 2004.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion du plan d'action.	Plan d'action disponible pour les régions.	Atteint.

Commentaires :

Le premier plan d'action en matière de violence conjugale est achevé et diffusé.

Le protocole de dépistage des femmes victimes de violence conjugale est diffusé.

Le groupe de travail, mis sur pied au Ministère, et le Groupe de travail sur les services offerts en matière de violence conjugale travaillent de pair, afin de dégager les priorités d'action nécessaires à l'élaboration d'un second plan d'action en matière de violence conjugale.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3 : La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible additionnelle : Orientations et stratégies de prévention en toxicomanie. L'échéance a été fixée en mars 2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Publication et diffusion du document *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie.*	Orientations et stratégies de prévention en toxicomanie.	Atteint.

Commentaires :

Réalisation de la publication en 4 000 exemplaires, du document intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention de la toxicomanie : Orientations, axes d'intervention et actions* et diffusion, à la suite de son lancement officiel, en novembre 2001, auprès des différents ministères et partenaires du réseau.

Les plans d'action régionaux sont reportés après l'adoption du plan d'implantation des orientations ministérielles, prévue en 2002-2003. L'ajout des outils d'information serviront à appuyer chacune des régions dans leurs activités de sensibilisation.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2: Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3: La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible: Réalisation du programme expérimental sur le jeu pathologique, à l'échelle nationale et régionale.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Phase 1: Campagne nationale. Mise en place de services de traitement. Formation des intervenants.	Réalisation du Programme expérimental sur le jeu pathologique, à l'échelle nationale et régionale.	Atteint.

Commentaires:

En octobre 2000, le Ministère annonçait la création d'un programme expérimental pour prévenir, réduire et traiter le jeu pathologique.

Ce nouveau programme exige une mise en place progressive, soutenue et concertée des actions visant à contrer le jeu pathologique.

À l'échelle régionale, la première phase d'implantation a su répondre aux besoins les plus urgents des joueurs pathologiques, surtout en ce qui a trait au traitement. Les activités suivantes ont notamment été réalisées:

- Le lancement, en octobre 2001, de deux campagnes d'information: « Bill Gagné » s'adressant aux adultes, et « Parler, c'est grandir » destinées aux jeunes;
- La production et la diffusion, en novembre 2001, du document de référence *La prévention du jeu pathologique*;
- La tenue, en novembre 2001, d'un premier forum organisé sous le thème « Connaître, comprendre et agir », portant sur la prévention du jeu pathologique et précisant les axes d'intervention à privilégier;
- La préparation, en mars 2002, d'un projet de formation de première ligne destiné aux adultes;.
- La consolidation des services d'exploitation et de promotion de la ligne téléphonique d'aide, d'écoute et d'orientation « Jeu: Aide et référence »;
- L'implantation de services d'intervention de crise disponibles 24 heures par jour sur les territoires où sont localisés des casinos (Montréal, Charlevoix et Hull);
- La conception et la diffusion, en collaboration avec l'Université Laval, du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs; près de 200 intervenantes et intervenants ont été formés;

- Au-delà de 2 500 personnes ont bénéficié d'un service de traitement dans plus de 90 points de services à travers le Québec;
- L'Institut national de santé publique du Québec évalue le programme expérimental mis en place sur le jeu pathologique;
- Le Programme de recherche thématique portant sur les effets socio-économiques des jeux de hasard et d'argent a été lancé au cours du forum, tenu en novembre 2001.

OBJECTIF 10 **Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes**

Orientation stratégique 2: Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 3: La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

Cible: Mise en place des actions visant à prévenir et à réduire la problématique de l'itinérance par l'entremise du programme fédéral « Initiative de partenariats en action communautaire » (IPAC). L'échéance a été fixée au 31 mars 2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de projets.	261 projets.	Atteint: 261 projets recommandés.

Commentaires:

L'application de l'entente de gestion Québec-Canada dans le programme IPAC est réalisée sur une base continue. L'analyse des plans communautaires effectuée par les régions 02, 03, 04, 05, 06, 07, 12, 13, 14, 15 et 16 est complétée.

Sur les 265 projets soumis au comité par les régies régionales, 261 ont été recommandés pour une somme globale de 54,1M$.

Le programme IPAC sera prolongé jusqu'en septembre 2002.

OBJECTIF 11 **Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence**

Orientation stratégique 2: Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

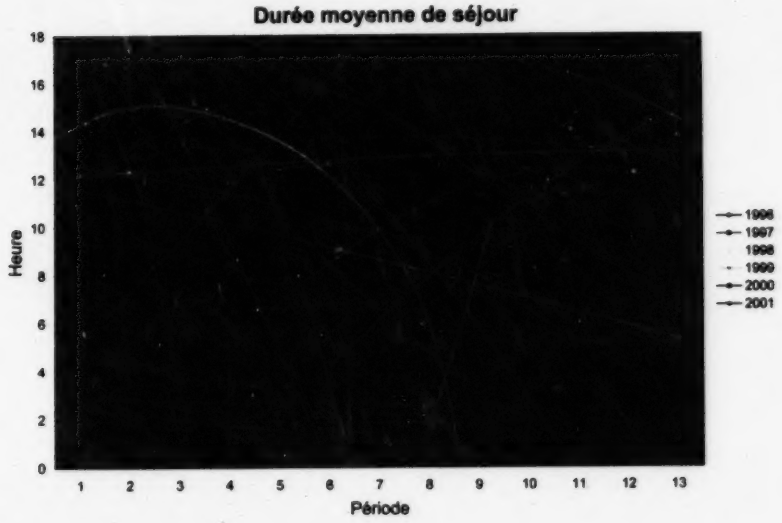
Axe d'intervention 3: La qualité, la continuité et la coordination des interventions.

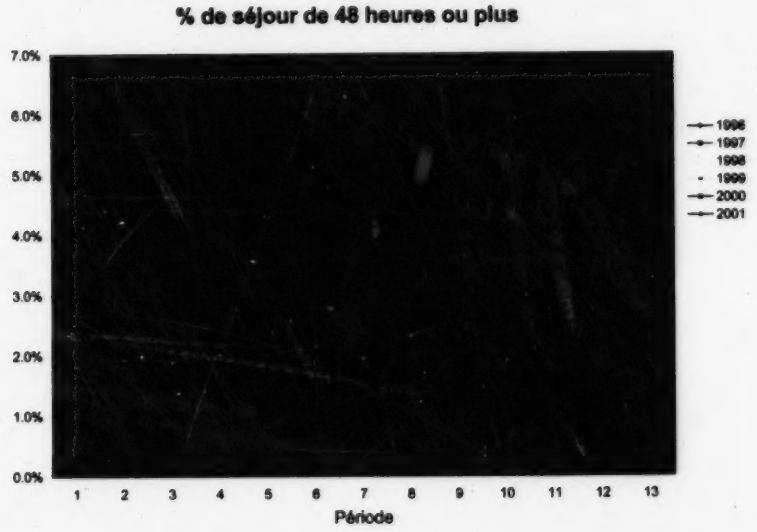
Cible: Poursuite de la mise en œuvre du plan d'action « Relever ensemble le défi des urgences ».

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)	
Évolution de la durée des séjours à l'urgence. Séjour moyen sur civières dans les salles d'urgence et taux d'occupation des civières.	10 heures.	Atteint partiellement: 40% des séjours à l'urgence ont une durée moyenne de moins de 11 heures, et 60% une durée moyenne de plus de 11 heures.	

Après 10 périodes de l'année 2001-2002 (1er avril 2001 au 12 janvier 2002)

Catégorie d'établissements	Nombre d'hôpitaux dans la catégorie	Durée moyenne séjour moins de 11 h		Durée moyenne de séjour Égal ou supérieur à 11 h			
				Amélioration moins de 60 min		Détérioration 60 min ou plus	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
Tertiaires	19	6	31,6	8	42,1	5	26,3
Secondaires	36	9	25,0	11	30,6	16	44,4
Primaires	22	17	77,3	2	9,1	3	13,6
Instituts psychiatriques pédiatriques	7	2	28,6	2	28,6	3	42,9
Total	**84**	**34**	**40,5**	**23**	**27,4**	**27**	**32,1**





Commentaires :

La durée moyenne de séjour pour l'ensemble des personnes admises à l'urgence sur une civière devrait être, de façon optimale, d'environ dix heures. Selon les dernières statistiques du Ministère, 40,5 % des 84 cas d'urgence inscrits au registre des urgences, après dix périodes de l'année, ont maintenu une durée moyenne de séjour inférieure à onze heures, alors que 59,5 % étaient au-dessus de cette moyenne. L'analyse de ce dernier pourcentage démontre que plus de 27 % des établissements ont amélioré leur situation, jusqu'à 60 minutes dans certains cas, tandis que 32,1 % ont vu la leur se détériorer au-delà de 60 minutes. Globalement, pour les 10 premières périodes de l'année 2001-2002, la durée moyenne de séjour a augmenté de 4,9 % passant de 14,3 heures à 15 heures, certaines personnes alitées sur une civière passant plus de 48 heures à l'urgence.

La situation des urgences au Québec, continue d'être difficile. Cependant, le travail entrepris pour y remédier donne des résultats positifs, notamment au regard des établissements qui ont été accompagnés par le Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU). C'est pourquoi, pour la première fois en six ans, la tendance à moyen terme est à l'amélioration du rendement.

Le Ministère a établi un plan de formation à partir du *Guide de gestion de l'unité d'urgence* pour l'ensemble des cadres supérieurs cliniques, des cadres médicaux et infirmiers des urgences, et pour l'ensemble également des responsables régionaux des urgences. Au-delà de 350 cadres supérieurs et intermédiaires, ainsi que de nombreuses personnes en charge d'un département, ont participé aux sessions de formation qui ont eu lieu du 14 novembre 2001 au 24 mars 2002. Deux séances de formation spéciale portant sur le Guide de gestion ont été organisées à l'intention des directrices et directeurs généraux, les 5 et 7 février 2002.

Un programme de formation du personnel infirmier à l'utilisation de l'outil « échelle de triage et de gravité » a également été mis en place dans toutes les urgences du Québec. Le programme, coordonné par le CCNU et l'Association des hôpitaux du Québec, a pris fin le 24 mars 2002. Plus de 300 personnes (personnel infirmier et médecins), ont été formées afin de jouer le rôle de personnes-ressources, auprès d'autres infirmiers et infirmières au sein de leurs établissements respectifs.

Afin d'améliorer la situation des urgences, le Ministère a entrepris des travaux portant sur :

- l'organisation du travail à l'urgence, au regard de la pénurie du personnel infirmier;
- les mesures exceptionnelles à prendre en situation de crise, c'est-à-dire lorsque survient un engorgement important;
- la nécessité de catégoriser les centres hospitaliers pourvus d'un service d'urgence.

Pour la prochaine année, le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU), le Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) et les régies régionales continueront de fournir l'aide nécessaire aux établissements qui éprouvent des difficultés dans l'application du Guide de gestion de l'unité d'urgence. Ils les aideront à préciser le type d'actions à mettre en place pour améliorer leur rendement. De plus, le CECCNU proposera des outils visant à améliorer continuellement le guide de gestion, en y ajoutant des contenus

sur les procédures à l'urgence auprès de populations particulières, l'analyse et la pertinence des admissions et les durées moyennes de séjour. Ces outils sont indispensables pour améliorer la situation des urgences et le rendement clinique des hôpitaux. L'objectif ultime vise la tolérance zéro pour les 48 heures, et de dix heures pour la durée moyenne de séjour.

OBJECTIF 12 **Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 4 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.

Cible : Identification des services médicaux et hospitaliers de 1er, 2e et 3e ligne et des liens entre ces trois niveaux de services, à compter de 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion d'un cadre de référence.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Un comité ministériel de travail sur la hiérarchisation des services a été constitué, en décembre 2001, afin de déterminer la place que doit occuper l'organisation des services de deuxième ligne dans le réseau de la santé, par rapport à la première et la troisième ligne. Jusqu'à présent, le comité a tenu quatre réunions et réalisé plusieurs travaux préparatoires, dont la revue de la littérature, l'examen des réalités similaires hors Québec, et l'analyse des recommandations du rapport du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers généraux et spécialisés (Rapport Bédard, janvier 2002).

Parallèlement, le Ministère a mis sur pied un comité chargé d'analyser l'organisation des services médicaux de deuxième et troisième ligne de la région de Québec. Le rapport du comité, qui sera déposé fin juin 2002, clarifiera cette problématique. Ce rapport, ainsi que plusieurs autres rapports et études abordant le thème de la hiérarchisation des services, de même que des rencontres à ce sujet avec les médecins, les intervenantes et les intervenants, contribueront à l'élaboration de la première partie du cadre de référence sur la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers de deuxième ligne. La diffusion de ce rapport est prévue pour l'automne 2002.

OBJECTIF 12 **Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 4 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.

Cible : Catégorisation des centres hospitaliers locaux et régionaux en 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Diffusion d'un cadre de référence.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Le cadre de référence sur la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers constituera l'instrument de base pour établir la catégorisation des centres hospitaliers locaux et régionaux. Cette classification devrait être disponible au printemps 2003.

OBJECTIF 13 **Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 4 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.

Cible : Proposition, par un comité intersectoriel, d'une vision de l'organisation du réseau universitaire, au cours de l'année 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du rapport du comité.	Février 2002.	Non atteint. Reporté à juin2002.

Commentaires :

Le Comité sur la vision de l'organisation du réseau universitaire a reçu le mandat de proposer une vision moderne d'un réseau universitaire dans le domaine de la santé, tant au niveau des soins et de l'enseignement que de la recherche et de l'évaluation des technologies. Compte tenu que le Comité n'a débuté ses activités que le 21 septembre 2001, le dépôt du rapport, prévu pour février 2002, est reporté au début de juin 2002.

OBJECTIF 13 **Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 4 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.

Cible : Révision du cadre juridique des établissements universitaires, en 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt des modifications législatives.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

La révision du cadre juridique est tributaire des recommandations du Comité sur la vision de l'organisation du réseau universitaire et de la position du Ministère en ce qui concerne ces recommandations.

OBJECTIF 14 **Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 4 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.

Cible : Révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, en 2002-2003.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt des modifications législatives.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Une première analyse quant à la pertinence de réviser la *Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*, de même que de certains éléments de révision, a été effectuée en 2001-2002.

La révision de la LPJ constituera une des mesures structurantes de la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leurs familles. Un groupe de travail à cet effet sera mis en place, à l'automne 2002, en vue de définir les éléments particuliers de révision et de déposer des modifications législatives au printemps 2004.

Un comité conjoint avec le ministère de la Justice (modernisation des procédures judiciaires) terminera sous peu l'examen des mesures destinées à réduire la judiciarisation en protection de la jeunesse. Ces mesures devraient se retrouver dans les modifications à apporter à la LPJ.

La Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille lancée le 6 juin 2002 invite elle aussi à revoir quelques dimensions de la loi.

OBJECTIF 15 **Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 5 : L'amélioration des actions relatives aux médicaments.

Cible : Intégration et élargissement, en 2001-2002, des mandats actuels du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et du Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM) au sein d'un nouveau Conseil du médicament.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du projet de loi.	Session printemps 2002.	Non atteint. Reporté.

Commentaires :

Le projet de créer un Conseil du médicament, regroupant les mandats actuels du Conseil consultatif de pharmacologie, du Comité de revue de l'utilisation des médicaments et du Réseau de revue d'utilisation des médicaments, fait suite à la commission parlementaire, tenue à l'hiver 2000, sur la révision du Régime général d'assurance médicaments. Cette mesure sera insérée dans le futur projet de loi modifiant la *Loi sur l'assurance médicaments*.

OBJECTIF 15 **Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 5 : L'amélioration des actions relatives aux médicaments.

Cible : Introduction, en 2001-2002, d'un processus élargi et de nouveaux critères pour l'inscription des médicaments.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du projet de loi.	Session printemps 2002.	Non atteint. Reporté.

Commentaires :

Les deux critères actuellement utilisés pour l'évaluation des demandes d'inscription, soit la valeur thérapeutique et la justesse du prix, sont devenus trop restrictifs face à l'introduction de médicaments de plus en plus complexes et coûteux. C'est pourquoi il a été décidé de modifier ces critères, en tenant compte des dimensions économique, financière et sociale. Ainsi, ces nouveaux criteres faciliteront profiteront à la prise de décision. Cette mesure sera insérée dans le futur projet de loi modifiant la *Loi sur l'assurance médicaments*.

OBJECTIF 15 **Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 5 : L'amélioration des actions relatives aux médicaments.

Cible : Renforcement, à partir de 2002-2003, des études de suivi et des revues d'utilisation des médicaments.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre d'études et de revues d'utilisation réalisées.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

La création du futur Conseil du médicament est préalable à la réalisation de revues d'utilisation.

- L'augmentation du nombre de revues d'utilisation des médicaments fait partie des attentes du futur Conseil du médicament. Il est largement reconnu que la revue de l'utilisation des médicaments constitue un outil privilégié pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Le Ministère attend le dépôt du projet de loi modifiant la *Loi sur l'assurance médicaments*, avant de procéder à la création du Conseil du médicament.

- Les projets d'ententes de partenariat visent, également, à augmenter les revues d'utilisation des médicaments par la création d'un Fonds de partenariat à la disposition du Conseil du médicament. À cet égard, le Ministère attend la conclusion d'ententes de partenariat avec l'industrie pharmaceutique.

OBJECTIF 15 **Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments**

Orientation stratégique 2 : Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

Axe d'intervention 5 : L'amélioration des actions relatives aux médicaments.

Cible : Discussions, à partir de 2001-2002, avec l'industrie pharmaceutique visant l'établissement de partenariats.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de projets de partenariats conclus.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Discussions en cours concernant une entente générale et deux ententes particulières; conclusion des ententes prévue au début de 2002-2003.

- L'entente générale vise la création d'un Fonds qui sera mis à la disposition du Conseil du médicament ou, d'ici à sa création, du Comité de revues de l'utilisation des médicaments. Alimenté par l'industrie, ce fonds financera des activités en vue d'optimiser l'utilisation des médicaments.
- Les deux ententes particulières sont négociées avec les fabricants intéressés et comprennent des mesures immédiates pour optimiser l'utilisation de médicaments spéciaux.

Ces ententes devraient générer, annuellement et de façon récurrente, des économies nettes de 90 M$ à l'intérieur du Régime général d'assurance médicaments.

OBJECTIF 16 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant et améliorer la répartition des effectifs médicaux**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1 : La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

Cible : Révision des programmes de formation en médecine pour les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Changement aux cursus universitaires.	Travaux en partenariat.	Non atteint.

Commentaires :

La révision des programmes de formation en médecine, afin de les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique, exige la collaboration des partenaires suivants : le Collège des médecins, les différentes fédérations de médecins (FMOQ, FMSQ, FMRQ), les facultés de médecine (Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke), le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des travaux, auxquels collabore le Ministère, sont actuellement en cours. Ils devraient mener à une série de recommandations en vue d'apporter des adaptations aux programmes de formation afin qu'ils tiennent compte de l'évolution des connaissances et des pratiques médicales.

OBJECTIF 16 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant et améliorer la répartition des effectifs médicaux**

Orientation stratégique : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1 : La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

Cible : Révision de la politique triennale 2001-2004 des inscriptions en médecine.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de l'effectif médical au Québec.	Augmentation de 55 admissions.	Atteint. Politique révisée et augmentation de 55 admissions.

Le nombre d'admissions :

Année de la Politique	Contingent régulier	Autre contingent	Tous les contingents
2000-2001	501	56	557
2001-2002	556	56	612
2002-2003	611	61	672
2003-2004	666	61	727

Commentaires :

Chaque année, le gouvernement, sur la base des orientations proposées dans un mémoire conjoint MSSS-MEQ, adopte la Politique triennale qui détermine le nombre de candidates et de candidats que les facultés de médecine peuvent admettre en première année. Pour élaborer son projet de politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux reçoit des avis de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et du Conseil médical du Québec.

Le Ministère a révisé la politique triennale 2001-2004 des inscriptions en médecine, conformément à la décision du Conseil des ministres d'autoriser une augmentation de 55 admissions annuellement, et ce, pour les années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004. Ce faisant, le Québec augmentera les admissions en médecine dans le contingent régulier de 33 %, lesquelles passeront de 501 (2000-2001) à 666 (2003-2004).

La politique prévoit, en outre, de réserver un certain nombre de places pour des étudiantes et des étudiants canadiens hors Québec, ainsi que pour des étudiantes et des étudiants de nationalités étrangères. Le nombre de places prévues est de 56, en 2000-2001, et de 61 en 2002-2003 et 2003-2004.

Enfin, le Ministère a entrepris des consultations sur la Politique triennale 2002-2005 des inscriptions en médecine, laquelle devrait être approuvée d'ici juin 2002. Pour 2004-2005, le nombre d'admissions pour l'ensemble des contingents atteindra 727 nouvelles inscriptions, dont 666 pour le contingent régulier réservé aux étudiantes et aux étudiants québécois, et 61 pour les autres contingents.

OBJECTIF 16 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant et améliorer la répartition des effectifs médicaux**

Orientation stratégique 3: Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1: La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

Cible: Révision, en 2001-2002, des plans régionaux d'effectifs médicaux pour les spécialités et, en 2002-2003, pour les omnipraticiennes et les omnipraticiens.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de l'écart entre les plans régionaux d'effectifs médicaux et l'offre de services médicaux.	Plans révisés.	Atteint partiellement: 14 régions sur 15 ont mis à jour la liste de leurs médecins spécialistes.

Commentaires:

Plan régionaux d'effectifs médicaux spécialisés

En février 2001, le Ministère a amorcé les travaux de révision des Plans régionaux d'effectifs médicaux. À cet effet, de vastes consultations ont été menées auprès des organismes suivants: la Fédération des médecins spécialistes du Québec, les régies régionales, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des associations d'étudiants en médecine du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, le Collège des médecins du Québec, la Table des commissions médicales régionales, la Table des directeurs et directrices des services professionnels du Québec et le Conseil médical du Québec. À la suite de ces consultations, les besoins prioritaires de recrutement ont été précisés en tenant compte:

- du nombre de sortantes et de sortants dans chacune des spécialités, au cours des trois prochaines années;
- de l'organisation de services souhaitée dans les régions où sont situés les établissements concernés;
- des effectifs en place dans les établissements;
- des besoins de la population en matière de soins de santé spécialisés.

Conformément à l'échéancier, les objectifs de croissance de l'effectif de médecins spécialistes ont été signifiés à chaque régie régionale par le ministre, le 6 juillet 2001. À partir de ces objectifs, les régies régionales ont préparé leur plan respectif d'effectifs médicaux ainsi que les plans d'effectifs de leurs établissements. Les plans ont été approuvés le 1er février 2002. Par ailleurs, le Ministère a convenu que pour la région de Montréal, des plans par établissement seront approuvés seulement dans les spécialités de base suivantes: anesthésiologie, chirurgie générale, psychiatrie, médecine interne, radiologie, obstétrique-gynécologie et anatomopathologie.

Depuis, un mécanisme de suivi des plans d'effectifs médicaux spécialisés a été instauré afin de procéder à une mise à jour trimestrielle des listes nominatives des médecins inclus aux plans d'effectifs. Au 31 mars 2002, 14 régions sur 15 ont procédé à une mise à jour des arrivées et des départs depuis le 31 janvier 2001, de médecins spécialistes dans les établissements de leur région.

Le Ministère prépare actuellement un bilan de la première année d'application des plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés.

Plan d'effectifs médicaux en médecine générale

En omnipratique, de nouveaux plans seront préparés par les régies régionales, d'ici l'automne 2002. Le Ministère a déjà entamé des consultations semblables à celles entreprises lors de la préparation des plans en spécialités, en rencontrant les chefs des départements régionaux de médecine générale et les responsables des effectifs médicaux de chacune des régies régionales. Cette démarche s'effectue en collaboration avec les représentantes et les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à la suite de la mise sur pied du Comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.

D'ici le 15 mai 2002, le Ministère transmettra aux régies régionales une série d'indicateurs leur permettant d'obtenir des données sur les caractéristiques démographiques et socioéconomique des populations, sur leur consommation de services, sur l'accessibilité aux services de santé et sur les ressources médicales disponibles. D'une part, ces données seront utilisées pour définir des objectifs de croissance au regard des médecins omnipraticiens, et, d'autre part, elles serviront d'outils aux régies régionales afin de cibler les territoires prioritaires pour le recrutement.

Ces nouveaux plans en omnipratique devraient être approuvés d'ici la fin de l'année 2002.

OBJECTIF 16 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant et améliorer la répartition des effectifs médicaux**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la Santé et des Services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1 : La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins

Cible : Révision, en 2001 et 2002, des modalités de recrutement des médecins spécialistes et des critères de participation des omnipraticiens aux activités médicales prioritaires.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Modification législative.	Modalités et critères révisés.	Non atteint.

Commentaires :

Le Ministère a élaboré une proposition de modifications législatives [articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)*] au début de l'année 2001-2002 afin, notamment, d'allonger la période d'assujettissement du médecin à l'entente FMOQ-MSSS relative aux activités médicales particulières (ou prioritaires selon la plus récente appellation). Certaines propositions de modifications conventionnelles devaient aussi être déposées à la table de négociation FMOQ. Le dossier était sujet à l'approbation du Ministre. Aucune suite n'a été donnée, mais il est possible qu'il soit repris à court terme.

OBJECTIF 17 **Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle des coûts**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1 : La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

Cible : Modification graduelle, à partir de 2001-2002, du mode de rémunération des médecins omnipraticiens pour favoriser l'intégration de la pratique médicale à l'ensemble des activités du réseau et l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) et ce, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire des services médicaux.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre d'omnipraticiens rémunérés selon le nombre de patients pris en charge.	Entente transitoire.	Non atteint.

Commentaires :

La transformation des modes de rémunération qui vise à favoriser une meilleure prise en charge des patientes et des patients, a donné lieu à des discussions qui se sont déroulées dans le contexte de la mise en place des groupes de médecine de famille. Vingt groupes ont été sélectionnés en 2001. Ceux-ci amorceront, à la fin du printemps 2002, leur phase d'implantation au cours de laquelle ils procéderont à l'inscription de leur ensemble de cas, ainsi qu'à la transformation de leur mode pratique. Dès le début de l'automne 2001, le Ministère a décidé de négocier avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec une entente transitoire qui s'appliquera au cours de cette phase d'implantation. Cette entente reposera sur le maintien des modes actuels de rémunération, mode de l'acte ou tarif horaire et honoraires fixes pour les médecins des GMF en établissement. Toutefois, l'entente transitoire permettra de rémunérer les heures supplémentaires qui découlent d'une prise en charge plus complète de la clientèle et de l'organisation de la clinique en mode GMF. Cette entente sera finalisée en mai 2002.

Depuis le printemps 2001, l'équipe de négociation a travaillé, d'une part, à l'arrimage des orientations ministérielles concernant la définition des GMF avec les objectifs, les attentes et les exigences de la FMOQ et, d'autre part, à préciser les modalités transitoires de rémunération. Cette étape franchie, il sera possible négocier des modalités permanentes de rémunération des services offerts par les médecins des GMF, modalités basées notamment sur la notion de per capita.

OBJECTIF 17 **Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle des coûts**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 1 : La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins.

Cible : Poursuivre, à partir compter de 2001-2002, l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes œuvrant en milieu universitaire.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de départements cliniques en CHUS, en CHAU et en instituts universitaires où sont établis des plans de pratique.	Selon les recommandations du groupe de travail et les orientations retenues.	Non atteint.

Commentaires :

Les différents modes de rémunération des médecins, incluant le mode de rémunération mixte, ne permettraient pas aux établissements à vocation universitaire d'accomplir adéquatement leur mission en ne facilitant pas suffisamment l'instauration de plans de pratique.

Le Groupe de travail sur l'implantation d'un plan de pratique pour les médecins du département de chirurgie de l'Hhôpital Sainte-Justine, mis sur pied en mai 2000, doit remettre son rapport au cours des prochains mois.

Le Groupe définit les responsabilités cliniques, académiques et médico-administratives qui devront être assumées par les médecins et les résultats attendus de ces derniers dans le cadre du plan de pratique. L'implantation du plan de pratique à l'Hôpital Sainte-Justine devrait se faire à l'intérieur d'un projet-pilote d'une durée de 3 ans.

À la remise durapport du Groupe de travail, le mode de rémunération applicable aux médecins sera précisé selon les orientations retenues. Dès lors, une demande de mandat sera acheminée aux autorités ministérielles.

OBJECTIF 18 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 2 : La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail.

Cible : Monitorage continu des besoins de main-d'œuvre en collaboration avec le ministère de l'Éducation.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources humaines dans les secteurs prioritaires.	Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université.	Atteint.

Un portrait global des perspectives d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université a permis de démontrer la nécessité de revoir l'organisation du travail dans les établissements afin de faire face à l'augmentation des besoins du réseau de la santé aggravée par la diminution du nombre d'inscriptions dans les programmes scolaires.

À titre d'exemple, voici un graphique qui présente la prévision de l'évolution des inscriptions dans les programmes techniques de la santé.

Commentaires :

Ce graphique présente la prévision de l'évolution des inscriptions dans les programmes techniques de la santé au collégial en parallèle avec la courbe des inscriptions en soins infirmiers. L'évaluation de cette tendance suppose d'une part, le maintien du niveau d'inscriptions attendu pour 2001 et, d'autre part, l'obtention du niveau de recrutement théoriquement requis (courbe en pointillé) selon le rapport du forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière.

Le niveau d'inscriptions de l'année 2001 pourra difficilement être maintenu à long terme, compte tenu des prévisions démographiques, et qu'il sera impossible d'atteindre le niveau théoriquement requis estimé dans le cadre des travaux du forum. Le maintien du niveau de 2001 supposerait qu'à compter de 2015, les seules inscriptions en soins infirmiers représenteraient la presque totalité des inscriptions théoriquement prévisibles dans l'ensemble des techniques de la santé.

OBJECTIF 18 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 2 : La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail.

Cible : Développement à partir de 2001-2002, de plans d'action pour les catégories de personnel jugées prioritaires.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de plans d'action complétés.	10 plans d'action.	Atteint partiellement : 7 plans sur 10.

Voici les catégories de personnel pour lesquelles un plan d'action a été élaboré. Les trois plans d'action prévus dans les secteurs réadaptation, techniciens des domaines de laboratoire et de la médecine, et techniciens ambulanciers seront disponibles en 2002-2003.

Les infirmières et les infirmiers

- Infirmières
- Infirmières bachelières
- Infirmières cadres
  - Rapport et plan d'action diffusé en février 2001;
  - Tenue de colloques régionaux au printemps 2001;
  - Portrait finalisé des planifications de la main-d'œuvre régionale et locale
  - Révision de l'organisation des soins et de l'organisation du travail :
    - Le Ministère a annoncé qu'il soutiendra des projets de révision de l'organisation du travail en soins infirmiers dans les établissements. Un cadre de référence a été élaboré et diffusé, des projets ont été soumis et analysés et feront l'objet d'approbation dans la semaine du 29 avril 2002. Un budget de 2 M$ a été prévu pour 2002-2003 pour soutenir 80 projets à raison de 25 000 $ chacun. De plus, un budget de 200 000 $ est prévu en 2002-2003 pour des sessions de formation aux cadres, dont les unités administratives sont visées par les projets acceptés par le Ministère. Des budgets équivalents sont prévus pour 2003-2004.

Les pharmaciennes et les pharmaciens

- Pharmaciens en établissement de santé;
- Pharmaciens des autres secteurs d'activités, dont notamment en pharmacie communautaire.
  - Rapport et plan d'action diffusés en décembre 2001 :
    - accroissement du montant des bourses accordées;
    - augmentation du nombre d'admissions.

Les technologues en radio-oncologie

- Technologues en radio-oncologie
  - Rapport et plan d'action diffusé en février 2000
  - Mise à jour du plan d'action par le groupe de travail en juin 2001
  - Rapport en août 2001 : suivi du plan d'action AN 1
  - Réalisation des travaux sur l'équité salariale :
    - Les travaux sur l'équité salariale sont conduits par le Secrétariat du Conseil du trésor. Le gouvernement a soumis son rapport complémentaire le 21 novembre 2001 à la Commission de l'équité salariale suite aux commentaires de cette dernière. Dans ce rapport complémentaire, le gouvernement s'engage à terminer les travaux qu'il a entrepris à la fin décembre 2002

Les physiciennes et les physiciens médicaux

- Physiciens médicaux
  - Rapport et plan d'action diffusé en février 2000;
  - Mise à jour du plan d'action par le groupe de travail en juin 2001;
  - Rémunération révisée;
  - Rapport en août 2001 : suivi du plan d'action An 1.

Les cadres et les hors cadres

- Cadres et hors cadres des établissements du réseau
  - Diffusion du rapport et du plan d'action à l'occasion du Rendez-vous annuel des cadres en novembre 2001;
  - Amélioration des conditions de travail :
- Le Ministère est à redéfinir avec le Secrétariat du Conseil du trésor le cadre de partage des responsabilités et des matières d'intérêt gouvernemental dans les pourparlers avec le personnel d'encadrement des établissements du réseau. La prolongation des conventions collectives avec le personnel syndiqué a repoussé l'échéancier prévu afin d'obtenir les mandats pour entreprendre les pourparlers avec les associations de cadres et de hors-cadres.

La réadaptation physique

- Physiothérapeutes;
- Audiologistes-orthophonistes;
- Ergothérapeutes;
- Techniciens en réadaptation physique;
- Agents en réadaptation en déficience visuelle;
- Spécialistes en orientation et mobilité.
  - Le diagnostic et le plan d'action sont en voie d'être finalisés.

Les techniciennes et les techniciens des domaines de la médecine et des laboratoires

- Cyto-technologistes;
- Techniciens en électro-physiologie médicale;
- Inhalothérapeutes;
- Perfusionnistes;
- Technologues spécialisés en radiologie;
- Techniciens de laboratoire;
- Technologues en médecine nucléaire;
- Ingénieurs et physiciens en génie biomédical;
- Techniciens en génie biomédical;
  - Les diagnostics sont en voie d'être finalisés.

Le secteur des services préhospitaliers d'urgence

- Techniciens ambulanciers.
  - Le diagnostic et le plan d'action sont en voie d'être finalisés.

Les infirmières et les infirmiers auxiliaires

- Infirmières auxiliaires;
- Préposées aux bénéficiaires;
- Auxiliaires familiales.
  - Rapport et plan d'action diffusé en décembre 2001;
  - Utilisation optimale des compétences des auxiliaires dans l'organisation des soins :
    - Les projets de révision de l'organisation du travail en soins infirmiers tiendront compte de cette préoccupation.

Les biochimistes cliniques

- Biochimistes cliniques;
- Médecins biochimistes.
  - Rapport et plan d'action diffusés en décembre 2001.

OBJECTIF 18 **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 2 : La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail.

Cible : Implantation des programmes de développement des compétences en conformité avec la planification de la main-d'œuvre.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de programmes mis en place.	6 programmes.	Atteint. 6 programmes réalisés.

Les responsabilités relatives au développement du personnel d'encadrement sont réparties entre les paliers national (directeurs généraux), régional (cadres supérieurs) et local (cadres intermédiaires). Dans l'exercice de son mandat, le Ministère a élaboré le *« Programme d'intégration à la fonction »* destiné aux directeurs généraux. L'objectif de ce programme est de dispenser une formation de haut niveau en gestion, reliée à la fonction de direction générale dans le secteur de la santé et des services sociaux. De manière spécifique, le programme se veut un outil permettant aux Directeurs généraux de faire des choix stratégiques et déterminants pour leur organisation, de poursuivre le développement des habiletés associées au « savoir-faire » et au « savoir-être » dans l'exercice de leurs fonctions et, d'exercer une veille sur l'évolution de leur organisation. De plus, le *« Projet de bonification d'expérience pour la relève des Directeurs généraux »*, d'une durée de 2 ans, lancé en avril dernier par le Ministère donne déjà des résultats probants quant au développement et à l'insertion professionnelle des participants.

Par ailleurs, se tenait le 7 novembre dernier, la 4e édition du *« Rendez-Vous annuel »* destiné particulièrement aux comités régionaux de développement du personnel d'encadrement. Si cette activité s'inscrivait à l'intérieur d'un cycle triennal portant sur *« Le renouvellement des effectifs d'encadrement et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux »*, le thème de 2001, dans la foulée des travaux de planification de la main-d'œuvre cadre et hors cadre, mettait l'accent sur *« La relève et la rétention du personnel d'encadrement »*.

Les 8 et 9 novembre avait lieu le 2e édition du *« Carrefour de l'innovation »* sur les pratiques de gestion dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Sous le thème « Réseaux et convergences », les projets présentés et réalisés par les établissements touchaient les réseaux de services et de partenariats, de prévention, de performance et de ressources humaines.

Finalement, les travaux relatifs à la formation ministérielle réseau se sont poursuivis. La formation ministérielle réseau se définit comme un *« moyen d'actualiser les pratiques professionnelles des intervenants et des intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux au regard de priorités dégagées au niveau national visant l'amélioration du bien-être des citoyens et des citoyennes »*. Dans ce contexte, le Ministère, en collaboration avec les régies régionales, détermine des orientations nationales de développement et soutien la réalisation des programmes de formation continue. Les projets ont notamment porté sur la formation des membres des conseils d'administration des établissements et des gestionnaires Inuits, et, dans un autre ordre d'idées, des maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque.

OBJECTIF 19 **Définir, avec l'ensemble des parties, et dans le cadre des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services**

Orientation stratégique 3: Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 2: La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail.

Cible: Discussions, en 2001-2002, sur les mesures relatives à la valorisation des compétences, à la définition de la mobilité et à la négociation sur le plan local.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de mesures discutées.	3.	Reporté.

Commentaires:

Les discussions de l'année 2001-2002 ont surtout été orientées sur une prolongation de la durée des conventions collectives.

Cet objectif a été reporté puisque les conventions collectives d'associations syndicales ont été prolongées d'un an .

OBJECTIF 20 **Définir des bases pour s'assurer que les systèmes d'information sont arrimés dans une vision d'ensemble**

Orientation stratégique 3: Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3: Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible: Définir l'architecture de l'information et des systèmes d'information du domaine sociosanitaire, en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Bilan des systèmes d'information et des besoins d'information des intervenants.	Mars 2002	Atteint partiellement: 60%
Dépôt de l'architecture de l'information.	Mars 2002	Atteint partiellement: 20%
Mise en place de mécanismes permettant d'assurer sa mise à jour permanente.	Mars 2002	Non atteint. Reporté

Commentaires:

Le bilan de la satisfaction des besoins en information et du rendement des systèmes qui soutiennent les pratiques cliniques et de gestion a été amorcé. Un cadre de référence est en cours d'élaboration en vue de cet exercice.

Les grands domaines d'activités à couvrir dans une architecture globale de l'information ont été définis en 2001-2002. Le Ministère a fait l'acquisition d'une méthodologie pour soutenir l'élaboration de l'architecture de l'information.

Celle-ci a été expérimentée dans le contexte des personnes âgées en perte d'autonomie. Du point de vue des objectifs visés dans la première phase du projet, le pourcentage d'atteinte des résultats est plus important (80 %).

Le financement obtenu en 2001-2002, dans le cadre du Plan triennal des immobilisations (PTI), a permis d'amorcer les travaux seulement au cours de l'automne 2001. La poursuite des travaux est conditionnelle à l'octroi de montants supplémentaires.

OBJECTIF 21 **Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Développement d'un portail santé québécois pour 2003-2004.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre d'applications disponibles dans le portail.	2003-2004.	À venir.

Commentaires :

Le portail sociosanitaire québécois constitue la porte d'entrée sur Internet pour les intervenantes et les intervenants du réseau, ainsi que pour les usagères et les usagers du système de santé. En plus d'offrir un accès à des informations intéressantes et pertinentes sur la santé, ce portail favorisera la collaboration dans la prestation des services et des soins. À cet égard, il permettra notamment les transactions en ligne. Le portail servira également, d'outil de promotion en matière de santé et de bien-être.

Les premières étapes du projet consistaient à valider la conception même d'un portail sociosanitaire :

- Une présentation du concept de portail et d'un prototype, à l'occasion du colloque « Les ressources informationnelles au service du réseau intégré de services. Cap sur l'action », tenu en juin 2001.
- La construction d'un site Web destiné à la population, lequel fait présentement l'objet d'analyses au Ministère.

Dans le cadre du volet transactionnel entre les intervenantes et intervenants, le Ministère et la Sogique, mandataire de services informatiques, considèrent que l'utilisation du portail est appropriée pour soutenir les échanges d'information contenue dans le module d'évaluation « Outil multiclientèles ».

Les travaux en cours ont fait ressortir trois aspects importants d'un portail sociosanitaire : informationnel, collaboratif et transactionnel. Ces aspects élargissent donc la portée de l'objectif établi dans le Plan stratégique. Ainsi, en considérant les Québécoises et les Québécois comme partie prenante de leur santé, le portail s'adresse à l'ensemble de la population, non seulement dans une perspective de prévention et de promotion, mais également en fournissant l'information nécessaire à sa propre prise en charge, avant, pendant et après la prestation de services.

C'est dans cet esprit que s'inscrivent les travaux de l'année 2002-2003.

OBJECTIF 21 **Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Mise en réseau graduelle des groupes de médecine de famille (GMF), à partir de 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de groupes de médecine de famille reliés.	20.	Non atteint.

Commentaires :

Deux appels d'offres ont été lancés, en décembre 2001, afin de sélectionner le fournisseur externe du lien de télécommunication entre les Groupes de médecine de famille, le Réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSSS) et le fournisseur pour l'informatisation des 20 GMF mis en place : câblage des lieux, micro-ordinateurs, logiciels, outils de sécurité (authentification forte, encodage de communication), formation et soutien des utilisatrices et des utilisateurs, etc.

Toutefois, l'informatisation et la mise en place du lien de télécommunication de chaque GMF, est conditionnelle à son autorisation officielle émise par le Ministre après la conclusion de toutes les ententes préalables entre les médecins et les instances concernées. Or, au 31 mars 2002, aucun GMF n'était reconnu officiellement par le MSSS. Toutefois, dès qu'un GMF sera autorisé, Sogique, mandataire du MSSS dans ce dossier, coordonnera avec les technocentres régionaux (TCR), les travaux des fournisseurs sélectionnés.

Des travaux préparatoires ont été entrepris : visites des sites, rencontre du responsable de chaque GMF, définition des rôles et des responsabilités des acteurs (MSSS, Sogique, TCR, fournisseurs) afin d'assurer un déploiement rapide et efficace du lien de télécommunication dès qu'un GMF aura satisfait aux préalables.

OBJECTIF 22 **Déployer progressivement la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Poursuivre le déploiement et la mise à niveau des sites de télésanté.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de sites opérationnels.	Priorisation de projets.	Atteint partiellement : 50 %

Commentaires :

En télésanté, le RTSS permet de desservir plusieurs spécialités telles que : téléradiologie, télépsychiatrie, téléorthophonie, téléoncologie, télénéphrologie, télépathologie, télécardiovasculaire, téléorthopédie, télédermathologie, téléophtamologie, télédialyse, médecine nucléaire, télésurveillance, téléconsultation, téléformation, etc.

Le réseau de télésanté s'étend présentement à plus de 70 établissements répartis dans des réseaux actifs de téléservices tels le Réseau québécois de télésanté élargi (RQTE) et le Réseau Mère-Enfants (RME) mis en place par l'Hôpital Sainte-Justine. Il existe également quelques réseaux internationaux comme le CHUQ avec le CHU de Grenoble, le CHUM avec Toulouse-Strasbourg et l'Hôpital Sainte-Justine avec le CHU de l'Isle.

Le Comité d'évaluation des technologies en télésanté (CETT) a été mis sur pied et est composé de membres provenant des Centres hospitaliers universitaires (CHU), du milieu universitaire, du Centre de recherche informatique de Montréal (CRIM) et du Ministère de la santé et des services sociaux. Le principal mandat du Comité est d'évaluer l'aspect clinique et technologique des projets présentés et priorisés. Un financement centralisé a été accordé pour accélérer ses travaux.

OBJECTIF 23 **Mettre en place les systèmes d'information nationaux**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Parachever le développement, en 2002-2003, du système d'information sur les banques de sang.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Nombre de spécifications conformes aux besoins des utilisateurs.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

Le système intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) vise à informatiser les activités transfusionnelles (activités cliniques et administratives) des banques de sang et des unités de soins des centres hospitaliers. Le SIIATH a comme objectif principal de permettre le suivi de l'ensemble des activités transfusionnelles, des donneurs aux receveurs. Il a également pour but de rendre accessibles les données sur l'hémovigilance, c'est-à-dire les données relatives à la surveillance des receveurs, aux réactions transfusionnelles et à l'utilisation des produits.

Le SIIATH s'inscrit dans la foulée des recommandations du Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang (Rapport Gélineau).

La version 1,0 du projet est présentement en voie d'implantation. Le SIIATH sera déployé, d'ici décembre 2002, dans près des deux tiers des centres hospitaliers visés par le projet. Les fonctionnalités de la version 2,0 sont, pour l'essentiel, définies. Les fonctionnalités particulières à la gestion financière, à l'hémovigilance et à la traçabilité seront ajoutées en mai 2002. À cet effet, d'ici la fin de l'exercice 2002-2003, le Secrétariat du système du sang de la Direction générale de la santé publique prévoit que 85 % ou plus des fonctionnalités de la version 2,0 auront été livrées, conformément aux délais de production signifiés au fournisseur.

OBJECTIF 23 **Mettre en place les systèmes d'information nationaux**

Orientation stratégique 3: Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3: Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible: Parachèvement du développement, en 2002-2003, des systèmes d'information sur la gestion des listes d'attente et des urgences.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	2002-2003.	À venir.

Commentaires:

À la suite d'un appel d'offres pour informatiser les listes d'attente, le Ministère a retenu le logiciel OPÉRA de la compagnie CHCA de Laval. L'adaptation de ce logiciel au Système de Gestion de l'accès aux Services (SGAS) est en cours de réalisation. Le début de la phase d'expérimentation, initialement prévu pour mars 2002, a été reporté en septembre 2002, car la durée du processus de validation avec les médecins et les établissements a été sous-évaluée. Par conséquent, la phase de déploiement est reportée en janvier 2003 et s'échelonnera jusqu'en décembre 2003. Un rapport d'évaluation préliminaire sera produit en septembre 2003, tandis qu'un rapport final portant sur une évaluation globale du projet sera remis en mars 2004.

OBJECTIF 23 **Mettre en place les systèmes d'information nationaux**

Orientation stratégique 3 Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3: Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible: Amorce du développement, en 2002-2003, des systèmes d'information sur les coûts québécois par services rendus (le prix de revient sur les services dispensés dans le réseau).

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	2002-2003.	À venir.

Commentaires :

La portée du projet a été élargie afin d'intégrer la refonte du système Med-Écho. Celui-ci renferme des résumés des données cliniques et démographiques des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs. Le projet prévoit aussi la mise en place d'un système portant sur la clientèle ambulatoire, et le développement du système sur les coûts québécois par services rendus.

Des travaux sont en cours pour déterminer et obtenir le financement nécessaire à la réalisation du projet. Ces travaux portent sur les éléments suivants :

- les grandes lignes des besoins à satisfaire;
- une stratégie de réalisationtenant compte des projets en cours;
- des scénarios de montage financier;
- une organisation de projets.

L'échéance visée a été fixée en mai 2002.

OBJECTIF 24 **Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Déploiement du système Intégration jeunesse en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Taux de déploiement du système Intégration jeunesse	Déployer les principaux modules de ce système dans au moins 6 centres jeunesse (Côte-Nord, Saguenay, Abitibi, Estrie, Outaouais et Gaspésie).	Atteint à 100 %, mais en substituant le CJ de l'Abitibi pour celui de Batshaw.

Commentaires :

Le Projet intégration jeunesse (PIJ), avec ses diverses composantes, dont le Système de soutien à la pratique (SSP), a été reconnu comme un outil privilégié de collecte et de transmission d'information sur les jeunes et leurs familles. Il est aussi un instrument de soutien à la pratique. Par son déploiement, le Ministère vise la mise en place des principales composantes du système jeunesse dans l'ensemble des centres jeunesse (CJ) du Québec.

La phase de développement du système est presque entièrement terminée. L'analyse des résultats de l'expérimentation est complétée. Le déploiement du PIJ est amorcé dans plus de la moitié des centres jeunesse, soit 10 établissements sur 16.

OBJECTIF 24 **Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social**

Orientation stratégique 3 Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3: Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible: Déploiement du système d'information sur les ressources de type familial (SIRTF), en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	Livraisons prévues à l'entente pour le 31 mars 2002.	Atteint: 100% des livraisons prévues ont été effectuées.

Commentaires:

Le système SIRTF a été développé pour permettre une planification juste et un développement optimal des ressources de type familial dont la gestion est partagée entre quatre types d'établissements: les centres de réadaptation (CR), les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et les centres jeunesse (CJ).

Toutes les livraisons prévues à l'entente particulière, ayant comme date d'échéance le 31 mars 2002, ont été effectuées dans les délais et les budgets prévus.

OBJECTIF 24 **Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social**

Orientation stratégique 3: Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3: Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible: Déploiement du système intégration CLSC (I-CLSC), en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	Opérationnel dans les CLSC.	Atteint: au 31 mars 2002, le système est en opération dans tous les CLSC.

Commentaires:

Le système Intégration CLSC est un système unique et intégré pour la gestion de l'ensemble de cas des CLSC. Il remplace tous les divers systèmes utilisés antérieurement par les CLSC du Québec. Le projet propose une solution concrète à l'intégration des systèmes d'information en CLSC et au rehaussement de leur parc technologique. Il contribue en outre à l'atteinte des objectifs du Ministère quant à l'informatisation de la première ligne de services du secteur sociosanitaire.

Le système Intégration CLSC est maintenant en activité dans tous les CLSC du Québec. Une nouvelle version sera déployée au cours des mois de mai et juin 2002. La prochaine étape d'évolution consistera à ouvrir le système sur son envi-

ronnement en automatisant des liens avec d'autres systèmes similaires. Une banque de données nationales est en train d'être constituée et sera bientôt en phase de production.

OBJECTIF 24 **Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 3 : Des systèmes d'information efficaces et sécurisés.

Cible : Déploiement du système d'information sur les services de longue durée (SICHELD), en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du déploiement des systèmes.	Adhésion volontaire de tous les établissements visés.	Atteint partiellement : 80 %.

Commentaires :

Le Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD) est un système d'information population mis en place dans le cadre des projets MSSS-Régies. Il est destiné aux 260 établissements (525 sites Web) qui ont une vocation principale ou secondaire de soins de longue durée.

Onze régions ont achevé le déploiement du système dans la majorité des établissements participants, et trois autres sont en phase de planification. Son déploiement dans la région de Montréal est en cours et devrait être complété vers la fin de 2002. Une région est en réorientation à la suite du désistement du fournisseur.

Soulignons que l'adhésion au déploiement du SICHELD se fait sur une base volontaire et que des contraintes budgétaires et organisationnelles ont retardé le début des travaux d'implantation dans les établissements. La constitution imminente d'une banque de données nationales pourrait inciter les établissements à implanter le système pour alimenter la banque de données, puisque le processus de budgétisation des établissements sera éventuellement couplé à cette banque de données.

OBJECTIF 25 **Modifier les modes d'allocation des ressources et de budgétisation des établissements en support aux nouveaux modes d'organisation de services**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 4 : L'allocation interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements.

Cible : Révision, à partir de 2001-2002, des paramètres d'allocation des ressources visant l'équité interrégionale.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Disponibilité de paramètres révisés.	Utilisation de ces paramètres dans la budgétisation.	Atteint. 65,1 M$ ont été distribués à partir de nouveaux paramètres.

Commentaires :

Une mise à jour des indicateurs de besoins de différents programmes-population a été effectuée, notamment pour le programme destiné aux personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA), et le programme Déficience physique et Santé publique. De nouveaux indicateurs ont été construits ou révisés pour les programmes PAPA, Santé physique et Jeunesse, tandis que des indicateurs particuliers ont été construits pour des allocations dans les programmes Sécurité alimentaire et Jeunesse pour le volet CLSC.

Des travaux de validation ont été réalisés et se poursuivent pour les indicateurs des programmes Jeunesse et PAPA, ainsi que pour l'indicateur de défavorisation. À l'occasion de ces travaux, les poids relatifs des différentes composantes des indices ont été évalués.

Des travaux sur la mobilité ont été réalisés dans les programmes PAPA, Déficience Physique et Jeunesse, ainsi qu'une mise à jour de la mobilité (volet hospitalier) des programmes de santé physique et mentale.

Le Ministère a également procédé à l'estimation des coûts de production liés à la dispersion de la population quant aux activités de maintien à domicile assurées par les CLSC.

Pour l'année 2001-2002, le modèle d'allocation de ressources a été utilisé pour répartir des crédits additionnels. Ils ont été alloués de la façon suivante : 30,5 M$, pour les personnes âgées en perte d'autonomie; 10 M$ pour les services de base CLSC destinés aux jeunes; 11,9 M$ en déficience intellectuelle dont 3,2 M$ récurrents; 2 M$ pour l'autisme et les troubles envahissants du développement; 10,75 M$ en déficience physique dont 3,45 M$ récurrents. Les sommes ainsi distribuées totalisent plus de 65,1 M$.

OBJECTIF 25 **Modifier les modes d'allocation des ressources et de budgétisation des établissements en support aux nouveaux modes d'organisation de services**

Orientation stratégique 3 : Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées.

Axe d'intervention 4 : L'allocation interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements.

Cible : Révision, en 2001-2002, des modes de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), des CLSC et des CHSLD selon des critères liés aux besoins de la population, à la lourdeur des cas et à la performance relative des établissements.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Disponibilité de critères de budgétisation.	Utiliser ces critères pour la budgétisation.	Atteint. La budgétisation a été réalisée en tenant compte de certains éléments.

Commentaires :

Le rapport sur les centres hospitaliers a été rendu public en avril 2002. Le Comité sur les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) a complété ses travaux. Il a proposé au Ministère, à titre de « mesures transitoires », qu'une

partie des écarts de rendement relatif soit pris en compte, dès l'année 2001-2002, dans la budgétisation des CHSGS afin de transmettre le message clair qu'il entend favoriser l'atteinte de résultats et, par le fait même, dissuader l'utilisation de la voie du déficit comme moyen de rehaussement des bases budgétaires.

En accord avec cette recommandation, le Ministère a tenu compte du rendement relatif des établissements lors de la budgétisation 2001-2002 des centres hospitaliers. Il visait ainsi à donner un signal explicite que, désormais, l'efficience devrait être prise en compte dans la budgétisation des établissements.

À cet effet, les établissements n'ayant pas atteints des résultats satisfaisants selon les travaux du Comité, n'ont donc pas reçu l'indexation des dépenses non salariales (soit 1,6 % en 2001-2002), alors que les établissements dont le rendement relatif était plus satisfaisant se sont vus octroyer l'équivalent de 20 % de leur écart de rendement.

Le Comité sur les CLSC et les CHSLD a complété ses travaux. Son rapport sera déposé en juin 2002 et proposera une révision du processus de budgétisation selon une approche par programme. Un calcul des écarts interrégionaux pour les activités de type CLSC et de type CHSLD sera également présenté.

OBJECTIF 26 **Le contrôle de la croissance des dépenses**

Orientation stratégique 4 : Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux et la croissance des dépenses.

Axe d'intervention 1 : Le contrôle de la croissance des dépenses.

Cible : Mise en place de mécanismes permanents d'évaluation des technologies avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) en 2001-2002 et des médicaments avec l'utilisation des nouveaux critères pour l'inscription des médicaments en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Mécanismes d'évaluation fonctionnels.	Identifier les partenaires et démarrer les travaux.	Atteint partiellement : 20 %. Plan d'action élaboré en partenariat.
Mise en place du Conseil du médicament.	Associer au projet de *Loi sur l'assurance médicaments*.	Non atteint

Commentaires :

Concernant le mécanisme permanent d'évaluation des technologies, les grandes lignes d'un plan d'action ont été élaborées, mais l'essentiel des travaux est prévu pour 2002-2003. Outre le Ministère et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), les partenaires suivants ont été désignés : le Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, les établissements universitaires ayant une mission d'évaluation des technologies, l'Institut national de santé publique et le Collège des médecins. L'élaboration du mécanisme permanent d'évaluation des technologies s'effectuera donc en concertation avec ces principaux partenaires.

En ce qui a trait à la mise en place du Conseil du médicament, cette mesure est en attente du dépôt du projet de loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments.

OBJECTIF 27 **Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses**

Orientation stratégique 4 : Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

Axe d'intervention 1 : Le contrôle de la croissance des dépenses.

Cible : Analyses systématiques et intégrées des facteurs externes (économiques, sociaux, démographiques) et internes (main-d'œuvre, production des services, technologies, médicaments, etc.), à partir de 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Publication de tableaux de bord sur les facteurs de croissance.	Amorcer les travaux.	Atteint partiellement : 20 %.

Commentaires :

Un groupe de travail intraministériel a été créé et un plan de travail a été adopté, alors que certains aspects du dossiers seront traités par des équipes de chercheurs externes. Un économiste de la santé a été recruté pour coordonner ce dossier au sein du ministère et intégrer les travaux qui sont déjà en cours, notamment sur les facteurs liés au vieillissement de la population et la hausse des coûts des médicaments.

OBJECTIF 28 **Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit**

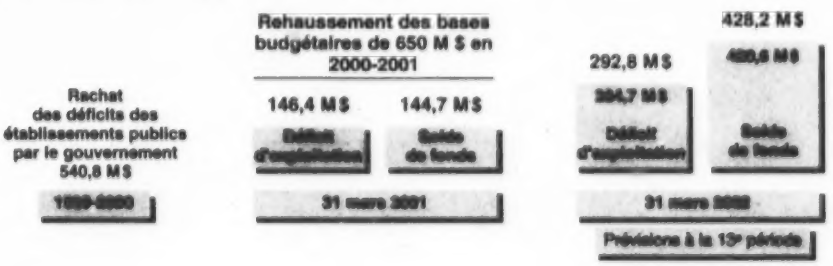
Orientation stratégique 4 : Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

Axe d'intervention 1 : Le contrôle de la croissance des dépenses.

Cible : Poursuite, en 2001-2002, de la démarche de retour à l'équilibre budgétaire du réseau.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution du retour à l'équilibre budgétaire au sein des établissements. Nombre d'ententes de retour à l'équilibre budgétaire.	Déficit maximal : 292,8 M $ exploitation; 428,2 M $ solde de fonds. 95 ententes de retour à l'équilibre.	Atteint : 284,8 M $ de déficit d'exploitation. 420,6 M $ de déficit au solde de fonds. 89 ententes conclues.

Résultats prévisibles au 31 mars 2002



Commentaires :

Tout au long de l'année 2001-2002, le Ministère a travaillé au rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics de la santé et des services sociaux. Depuis le dépôt du budget initial 2001-2002, plus de 225 rencontres officielles réunissant de hauts dirigeants du Ministère, des régies régionales et des établissements ont été tenues. Outre l'émission des circulaires administratives relatives à la planification budgétaire, à l'exécution du budget et aux emprunts temporaires, quelque 378 lettres à portée budgétaire ont été transmises sous la signature du sous-ministre et du sous-ministre associé, dont 346 à 169 établissements distincts et 32 aux régies régionales.

Les rapports d'audit concernant trois centres hospitaliers universitaires ont été déposés à l'automne 2001. Au même moment, le Ministère entamait un processus de ratification d'ententes tripartites de retour à l'équilibre budgétaire au regard de 95 établissements déficitaires parmi lesquels figuraient ces trois établissements. Ces ententes avaient pour but de convenir des objectifs de retour à l'équilibre budgétaire, appuyé par des mesures de redressement préservant surtout les services directs à la population, de même que des mécanismes de suivi et de responsabilité.

Une entente de retour à l'équilibre budgétaire a été conclue avec 89 établissements parmi lesquels figure le CHUQ qui a fait l'objet d'un audit. Les prévisions à la treizième période financière révèlent que les objectifs établis dans les ententes sont globalement respectées.

Une stratégie de retour graduel à l'équilibre budgétaire a été implantée en cours d'année ayant pour cible le rétablissement de l'équilibre sur une base annuelle d'exploitation au plus tard le 31 mars 2004 et la résorption du déficit accumulé d'ici le 31 mars 2007. Dans ce contexte, la cible déficitaire maximale au 31 mars 2002 a été fixée à 292,8 M $ pour l'exploitation et à 428,2 M $ au solde de fonds. Globalement, les cibles prévues aux ententes ont été respectées. Il est à noter que l'atteinte des cibles budgétaires au 31 mars 2002 repose notamment sur des efforts de rationalisation estimés à 82 M $.

OBJECTIF 29 **Examiner la possibilité de nouvelles sources de financement**

Orientation stratégique 4 : Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

Axe d'intervention 2 : Le niveau de financement.

Cible : Mise sur pied, en 2001-2002, d'un Comité d'experts sur la faisabilité d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie sur une base de capitalisation.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt du rapport du comité.	Janvier 2002.	Atteint : Un rapport préliminaire a été déposé à la fin de 2001.

Commentaires :

Un comité interministériel a été créé, au mois d'août 2001, avec le mandat d'analyser la pertinence et la faisabilité d'un régime d'assurance capitalisé contre la perte d'autonomie, et d'en proposer les grandes modalités de fonctionnement et de financement. Rappelons que cette proposition constituait l'une des principales recommandations du rapport de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, en janvier 2001.

Le comité, présidé par M. Michel Clair, était composé de représentantes et de représentants du ministère des Finances du Québec (MFQ), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Régie des rentes du Québec (RRQ), du Secrétariat du Comité des priorités (SCP) et du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). Les travaux du comité se sont échelonnés du mois d'octobre 2001 au mois de janvier 2002.

Conformément à son mandat, le comité a fait le point sur l'état de la situation au Québec, examiné les solutions adoptées dans les pays industrialisés et relevé les avantages ainsi que les inconvénients de diverses options envisageables. Il a esquissé les grands paramètres de configuration et de financement qu'un tel régime pourrait comporter (bien que des travaux majeurs de conceptualisation et d'élaboration de modalités opérationnelles restent à réaliser). Sur la base de scénarios probables d'évolution démographiques et économiques, les effets sur le plan budgétaire et financier ont été évalués. Un rapport préliminaire et un sommaire exécutif ont été remis aux autorités ministérielles, à la fin de l'année 2001.

Compte tenu des enjeux majeurs qu'elle impliquerait, l'implantation éventuelle d'un tel régime devrait faire l'objet d'un débat public.

OBJECTIF 29 **Examiner la possibilité de nouvelles sources de financement**

Orientation stratégique 4 : Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

Axe d'intervention 2 : Le niveau de financement.

Cible : Maximisation de la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé et des services sociaux, de façon à rejoindre le niveau de 1994-1995 du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Évolution de la contribution fédérale au financement des services.	Augmentation du TCSPS au niveau de 1994-1995 soit 18,7 MM$ pour l'ensemble du Canada. Obtention de la part du Québec des fonds sur les soins primaires (133,7 M$) et sur les infostructures. (120 M$).	Atteint partiellement à 98 %. Le TCSPS de l'année 2000-2001 était de 15,5 MM$. En 2001-2002, le TCSPS a atteint 18,3 MM$. Non atteint. Le Québec n'a rien reçu des fonds sur les soins primaires et sur les infostructures.

Commentaires :

- L'augmentation du TCSPS, bien que réclamée par le Ministère, relève davantage du forum des ministres des Finances. Le Ministère agit donc en partenariat dans ce dossier.
- L'obtention des fonds n'a pas été possible en 2001-2002, malgré plusieurs interventions et démarches du Ministère dans chacun des deux dossiers. Les conditions d'obtention de ces financements, telles que définies par le fédéral, nécessiteront encore de longues négociations avant d'être recevables par le Québec. Les conditions fédérales font fi des besoins et des priorités du Québec dans ces dossiers, ainsi que du respect de ses compétences.

OBJECTIF 30 **Ajuster la ligne d'imputabilité entre le ministère, les régies régionales et les établissements**

Orientation stratégique 5 : Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Axe d'intervention 1 : La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Modification de la composition du conseil d'administration et des responsabilités des régies régionales, en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt des modifications législatives.	Printemps 2001. Conseil d'administration complet.	Atteint. Adoption du projet de loi 28, en juin 2001. À l'exception du PDG, tous les membres ont été nommés.

Commentaires :

Au 31 mars 2002, le gouvernement a désigné tous les membres des conseils d'administration de chaque régie régionale, à l'exception des présidents-directeurs-généraux, qui seront nommés d'ici juin 2002.

En ce qui concerne les responsabilités des régies régionales, la mise en vigueur des derniers articles du projet de loi 28 se fera le 1er août prochain. Par la suite, la régie régionale pourra procéder à la mise en place du forum de la population

D'autre part, les ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et les régies régionales pour l'année 2002-2003, seront établies sur la base des priorités ministérielles.

OBJECTIF 30 **Ajuster les limites de responsabilités entre le ministère, les régies régionales et les établissements**

Orientation stratégique 5 : Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Axe d'intervention 1 : La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Modification de la composition du conseil d'administration des établissements, en 2001-2002.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Dépôt des modifications législatives.	Printemps 2001. Mise en place pour amorcer le processus d'élection et de désignation.	Atteint. Adoption du projet de loi 28, juin 2001. Logistique mise en place pour amorcer le processus d'élection et de désignation.

Commentaires :

Un projet de règlement d'élection et de désignation a été préparé pour les régies régionales afin de procéder à la mise en place des nouveaux conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux.

Un guide d'élection et de désignation est en préparation afin d'aider les établissements dans le processus d'élection et de désignation, prévu pour l'automne 2002.

OBJECTIF 31 **Instaurer une culture de gestion par résultats**

Orientation stratégique 5 : Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Axe d'intervention 1 : La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux.

Cible : Renouvellement, en 2002-2003, des ententes contractuelles entre le Ministère et les régies régionales comprenant des attentes signifiées.

Implantation d'ententes contractuelles, en 2002-2003, entre les établissements et les régies régionales comprenant des attentes signifiées.

Indicateur	Cible (2001-2002)	Résultat (2001-2002)
Degré d'atteinte des attentes signifiées.	2002-2003.	À venir.

Le présent chapitre fait état des ressources allouées à l'atteinte des résultats poursuivis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bien qu'idéalement la présentation des ressources doive être associée à chaque objectif du plan stratégique, nous avons maintenu cette année une approche globale dans l'organisation de cette information. Aussi, des efforts seront consentis en cours d'année pour améliorer la ventilation et permettre l'affectation des ressources par objectif dans le prochain exercice.

Les ressources humaines

1. L'évolution de l'effectif: (voir tableau à l'annexe 1)

Au 31 mars 2002, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes rattachés, et en vertu des crédits votés au programme du Ministère, on compte 699 postes occupés par rapport à 649 à la même date l'an dernier.

2. Mouvements de personnel: (voir l'annexe 2)

En ce qui a trait à la mobilité, il y a eu, en 2001-2002, 118 entrées en fonction par rapport à 106 en 2000-2001, et 76 départs comparativement à 98 l'an dernier.

3. Soutien à l'organisation et aux personnes

Plusieurs actions réalisées visent à soutenir les changements découlant de l'implantation de la *Loi sur l'administration publique* (loi 82). Mentionnons, entre autres, des rencontres de sensibilisation auprès du personnel d'encadrement; la conception et la diffusion de sessions portant sur la gestion par résultat; la tenue de séances d'information à l'intention des gestionnaires sur l'implantation de la gestion du rendement par attentes traduites en terme de résultats. De plus, à l'occasion de l'adoption de la loi 28 concernant la gouverne dans le réseau, une stratégie de sensibilisation du personnel a été élaborée et mise en œuvre.

Pour ce qui est de l'enrichissement de l'expertise du personnel, il y a eu plus de 1 130 participations aux activités de formation, pour des coûts directs et indirects de 314 406 $.

Des efforts importants ont été consacrés au maintien et à la valorisation de la santé et du bien-être du personnel. Cent trente-cinq personnes ont fait appel au Programme d'aide aux employées et employés (PAE). Ainsi, il y a eu 554 consultations ou interventions, pour un total de 412,33 heures d'aide individuelle apportée aux personnes qui en ont fait la demande. Par ailleurs, de nouveaux services ont été mis en place, notamment des services d'infirmerieet d'évaluation de la condition physique, de même qu'un club de marche.

En ce qui a trait au renouvellement de la main-d'œuvre, le Ministère a participé activement aux campagnes de recrutement auprès des établissements d'enseignement et a tenu des concours aux conditions minimales d'admission. Ces actions ont permis de faire passer de 3,4 % à 5 % le nombre d'employées et d'employés de moins de 30 ans.

Les ressources financières

Les dépenses prévues pour l'année 2001-2002 au ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'élèvent à 17 109 955 700 $.

Les ressources budgétaires

Les dépenses prévues pour l'ensemble du secteur sociosanitaire, à la fin de l'exercice financier le 31 mars 2002, sont de l'ordre de 17 109 955 700 $. Ces dépenses se répartissent entre cinq programmes distincts détaillés comme suit :

Les fonctions nationales (programme 01) *234 877 400 $*

Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme assure notamment les services suivants :

- *L'assurance hospitalisation hors Québec*

Ces services couvrent le remboursement des sommes se rapportant aux coûts d'assurance hospitalisation encourus par les Québécoises et les Québécois dans les autres provinces et en dehors du pays. Des particularités, tels les coûts relatifs aux services de radio-oncologie, sont également couverts.

Le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

Ce programme d'intervention vise à retracer les personnes infectées par le virus de l'hépatite C, à la suite d'une transfusion reçue avant le 1er juillet 1990. En particulier, il offre aux personnes infectées une indemnisation ou une aide financière accordée pour des motifs humanitaires, de même que les informations appropriées pour les personnes à risque et un suivi médical à toutes les personnes infectées par l'hépatite C. Des programmes de vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B pour les porteurs chroniques de l'hépatite C sont également offerts.

- *L'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments*

Dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments, le gouvernement a décidé de ne pas retenir l'application intégrale de la politique du prix le plus bas pour les médicaments. Depuis cette décision, une contribution est versée au fonds d'assurance médicaments pour tenir compte du coût additionnel des médicaments qui sont exemptés de l'application de la méthode du prix le plus bas prévue par la Liste de médicaments établie en vertu de la Loi.

- *Les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux.*

Ces activités concernent des organismes de recherche à l'intérieur desquels sont habilités des professionnels et des chercheurs universitaires pouvant produire des connaissances touchant la planification et l'évaluation des politiques, programmes et pratiques dans les domaines de la santé et des services sociaux. En particulier, il peut s'agir de s'allier à une organisation qui contribue à la fonction de connaissances et de surveillance de l'état de la santé et du bien-être de la population. Également, le système québécois du sang soutient la recherche et le développement en hémovigilance et en médecine transfusionnelle. Enfin, la poursuite de la recherche sur l'organisation et la gestion des processus à l'urgence est également couverte.

- *Le soutien aux organismes communautaires nationaux.*

Les organismes communautaires nationaux assurent, pour l'ensemble du Québec, la défense des droits et la promotion des utilisateurs des services en matière de santé et de services sociaux. De même, ils font la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie, de la santé publique et de la prévention. Ces organismes peuvent aussi exercer des activités répondant à de nouveaux besoins qui échappent à un plan régional d'organisation de services; ainsi, ils préconisent des approches novatrices qui s'adressent à des groupes particuliers de personnes.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du ministère de la Santé et des Services sociaux, de même que celui de différents organismes-conseils tels: le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil consultatif de pharmacologie, le Conseil médical du Québec, et le Commissaire aux plaintes.

Les fonctions régionales (programme 02) *12 559 441 800 $*

Ce programme vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Il inclut également le budget de fonctionnement des régies régionales. De façon plus particulière, ce programme assure notamment la prestation des services suivants:

- Les services de santé et de services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion fournis par les centres locaux de services communautaires;
- Les services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés fournis par les centres hospitaliers;
- Les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- Les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- Les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles, ou qui présentent

des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation;

- Les services de prévention d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services. Sont également concernées les activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des utilisateurs des services et des intérêts des usagers.

Par ailleurs, le programme des fonctions régionales pourvoit également aux activités complémentaires suivantes:

- *La rémunération des résidents en médecine*

En vertu d'un accord conclu entre la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de la Santé et des services Sociaux, ce dernier a confié à la Régie l'administration des fonctions relatives au paiement des sommes requises pour donner suite à la rémunération des résidents en médecine. Ceux-ci œuvrent en stage de formation post doctorale dans les établissements concernés du réseau de la santé et des services sociaux.

L'accord est sanctionné par décret et légitimé par une entente complémentaire entre la Fédération des médecins résidents du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux dans laquelle sont fixées, notamment, les modalités de la rémunération applicables aux activités prévues dans le programme de formation des résidents en médecine.

- *Les services préhospitaliers d'urgence*

D'une part, les orientations, objectifs et guides relatifs aux services préhospitaliers d'urgence pour l'ensemble du Québec sont déterminés par le Ministère. D'autre part, les régies régionales élaborent les normes et les objectifs régionaux de service et voient à leur organisation, de même qu'elles négocient et concluent les ententes avec les entreprises de services ambulanciers. Ces dernières offrent les services préhospitaliers d'urgence en conformité avec les orientations régionales.

- *Le système du sang*

Depuis le retrait de la Société canadienne de la Croix-Rouge du système canadien du sang, le Conseil des ministres a autorisé la création en 1998, d'Héma-Québec, la nouvelle corporation responsable de l'approvisionnement en sang au Québec. En conséquence, la présente activité pourvoit au financement des services de transfusion sanguine et la fourniture de fractions plasmatiques destinées à des fins thérapeutiques pour tous les centres hospitaliers du Québec.

- *Le régime de retraite*

La *Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics* constitue la justification de cette activité. En vertu de cette Loi, le régime est constitué des cotisations des employés participants d'une part, et, d'autre part, par les contributions des employeurs concernés. Ceux-ci doivent verser à ce régime un montant égal aux cotisations des employés. En somme, cette activité pourvoit au financement nécessaire aux paiements des contributions des employeurs.

- *Le service de la dette*

Cette activité sert à pourvoir principalement au paiement en totalité ou en partie en principal intérêts de tout emprunt contracté par l'un des organismes du réseau de la santé et des services sociaux, ces emprunts ayant été contractés pour

financer des dépenses d'immobilisations autorisées par le gouvernement ou par le Conseil du trésor. Sont également pourvues les dépenses d'équipements et d'informatique dont le paiement a été assuré par les régies régionales.

L'Office des personnes handicapées du Québec (programme 03) — *58 530 300 $*

Ce programme vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de veiller à la coordination des services offerts aux personnes handicapés, de les informer et de les conseiller, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration sociale, professionnelle et scolaire.

On peut essentiellement regrouper les activités de l'Office dans cinq créneaux :

- le soutien et la coordination des services à la personne handicapée par des activités de soutien direct à la personne;
- la promotion et la coordination collective des services auprès des ministères, des organismes gouvernementaux ou autres organismes publics et de services qui répondent aux besoins des personnes handicapées;
- le développement et la diffusion de connaissances sur l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées, sur l'exercice de leurs droits et sur la promotion de leurs intérêts. L'Office s'y emploie par le service de statistiques, l'analyse des lois, politiques et programmes, le Centre de documentation, le Programme de subventions à l'expérimentation, le Programme d'évaluation de l'intégration sociale et les activités de collaboration et d'animation avec le milieu de la recherche;
- la gestion de programmes de services directs à la personne et à la communauté. L'Office gère deux programmes de ce type. Le Programme de subventions aux entreprises adaptées (CTA) vise à faciliter l'intégration au travail des personnes handicapées. Le deuxième programme permet de soutenir les organismes de promotion des personnes handicapées, les activités de sensibilisation et de promotion auprès de l'ensemble des acteurs de la société québécoise et de la population en général, afin qu'ils contribuent à la concertation et aux changements nécessaires à l'intégration sociale de la personne handicapée.

L'Office a assumé en 2001-2002 des dépenses reliées au programme Contrat d'intégration au travail (CIT) qui vise à favoriser l'intégration au travail des personnes handicapées par l'octroi de subventions à des employeurs.

Le programme inclut également le budget de fonctionnement de l'Office des personnes handicapées du Québec.

L'information plus détaillée est disponible dans le rapport annuel de l'organisme.

La Régie de l'assurance maladie du Québec (programme 04) — *4 257 106 200 $*

Ce programme vise à couvrir le coût des services assurés en vertu du Regime d'assurance maladie, d'assurance médicaments, et les frais afférents, notamment :

- Les services médicaux. Ce programme s'adresse à toutes les personnes résidant au Québec et qui sont admissibles au régime d'assurance maladie

- Les services dentaires. Le programme de chirurgie buccale s'adresse à tous les résidants du Québec lorsqu'ils sont rendus dans les installations exploitées par une centre hospitalier ou par un établissement universitaire. Le programme de services dentaires s'adresse aux enfants de moins de 10 ans et aux personnes qui sont prestataires d'assistance-emploi depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi qu'aux personnes à leur charge. Le programme de prothèses dentaires acryliques s'adresse aux personnes qui sont prestataires de l'assurance emploi depuis au moins 24 mois consécutifs ainsi qu'aux personnes à leur charge.

- Les services optométriques. Ce programme s'adresse aux personnes de moins de 18 ans et à celles de 65 ans ou plus. Il admet aussi les personnes de 18 à 64 ans hospitalisées pour recevoir des soins de longue durée ou hébergées en établissements, celles qui sont prestataires d'assistance-emploi depuis au moins 12 mois consécutifs, de même que les personnes à leur charge. Les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit aux prestations de dernier secours, sont aussi admissibles à ce programme. Sont également admises, les personnes ayant une déficience visuelle et qui sont inscrites dans un établissement reconnu spécialisé.

- Les médicaments et les services pharmaceutiques: Ce programme vise le financement des services aux personnes âgées de 65 ans ou plus, et aux prestataires d'assistance-emploi.

- Les autres services: cette section comprend les programmes d'aide technique gérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il s'agit du programme de prothèses, d'appareils orthopédiques, d'aide à la locomotion et à la posture ou autres équipements; du programme de prothèses mammaires externes; du programme d'aides auditives, du programme d'appareils fournis aux personnes stomisées permanentes, du programme d'aides visuelles et du programme de prothèses oculaires. Les bourses d'étude et de recherche sont aussi couvertes.

- Le programme inclut également le budget de fonctionnement de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'information plus détaillée est disponible dans le rapport annuel de l'organisme.

La planification budgétaire

Dans le cycle budgétaire du gouvernement, le Ministère définit l'enveloppe budgétaire, en vue de la préparation du livre des crédits, et en assure le suivi en cours d'année. Il voit à la préparation des dossiers afférents aux différentes commissions parlementaires, notamment celle sur l'étude des crédits et celle sur les engagements financiers. Il prépare également les normes d'attribution pour approbation par le Conseil du trésor et s'assure du respect de celles-ci. Le Ministère assure, en outre, le suivi des engagements et celui de leur mise en paiement, de même que le suivi des opérations pour les besoins de la comptabilité gouvernementale.

Les opérations budgétaires du réseau

Les mandats découlant des opérations budgétaires-réseau sont principalement liés à la réalisation d'activités budgétaires et d'interventions auprès des régies

régionales, des directions générales du Ministère, des associations d'établissements, etc.

Ces activités opérationnelles soutiennent la mission du Ministère et appuient les régies régionales dans l'exercice de leur rôle en matière d'allocation budgétaire, selon les modalités de financement et le cadre normatif de la programmation budgétaire.

Ces actions sont tributaires d'échéanciers prescrits et concordent principalement vers trois fonctions essentielles: budgétisation, contrôle et conseil.

En sus du suivi rigoureux accordé aux opérations budgétaires, le Ministère a mis en place un processus accéléré de la mise à jour et du contrôle de ces opérations-réseau. Cette démarche rend plus efficaces les ajustements de crédits aux enveloppes régionales, ce qui permet ainsi aux régies régionales de produire la budgétisation aux établissements avec la diligence exigée par l'application de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public (loi 107).

Le Ministère a aussi la responsabilité de déterminer les enveloppes régionales de crédits et d'effectuer un suivi périodique des opérations qui en découlent, d'établir le budget de fonctionnement des régies régionales et de certains établissements desservant les communautés autochtones, et, enfin, de s'assurer que ce budget soit respecté par un contrôle approprié et par l'analyse financière de la reddition de comptes.

Sommaire des écarts budgétaires

(000 $)

Prog.	Description	2000-2001 Dépenses	Budget	2001-2002 Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	212 642	231 650	234 877,4	(3 227,4)
02	Fonctions régionales	11 895 845	12 351 140,1	12 559 441,8	(208 301,7)
03	Office des personnes handicapées	50 895	47 303,8	58 530,3	(11 226,5)
04	Régime d'assurance maladie	3 938 925	4 085 723	4 257 106,2	(171 383,2)
	TOTAL	**16 098 307**	**16 715 816,9**	**17 109 955,7**	**(394 138,8)**

Les crédits initiaux du Ministère pour l'année 2001-2002 se chiffraient à 16 715, 8 M$. Les dépenses prévues pour cet exercice financier étaient de 17 110 M$. L'écart se rapporte, surtout aux crédits supplémentaires accordés pour le financement de certains dossiers particuliers répartis entre les différents programmes:

Les fonctions nationales (programme 01)

L'écart s'explique par l'embauche d'inspecteurs pour assurer l'application de la Loi sur le tabac, de même que par la tenue d'activités de prévention qui révèlent les méfaits du tabagisme.

Les fonctions régionales (programme 02)

Un montant de 120 M$ a été ajouté pour le financement de la campagne de vaccination contre la méningite, 33,4 M$ pour la consolidation des services dans les

centres hospitaliers de longue durée et pour l'ajustement de la relativité salariale applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux, 31 M$ afin de permettre au Ministère de donner suite à diverses initiatives dans le secteur de la santé et des services sociaux visant notamment les services offerts en déficience physique et en déficience intellectuelle, et les services destinés aux personnes qui présentent un trouble envahissant du développement, 17,7 M$ pour la croissance des coûts du système du sang et enfin, 6,2 M$ pour des activités destinées surtout à améliorer et à intensifier des services d'abandon du tabagisme au Québec, ainsi qu'à assurer l'évaluation et le suivi des interventions du Ministère en cette matière.

La Régie de l'assurance maladie du Québec (programme 04)

La croissance non prévue des coûts du programme d'assurance médicaments a nécessité un investissement de169 M$.

En ce qui concerne l'Office des personnes handicapées (OPHQ), l'écart découle de transferts de crédits relatifs aux contrats d'intégration au travail (CIT.) et aux centres de travail adapté (CTA .) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale vers l'OPHQ.

Le portefeuille sociosanitaire a aussi profité d'une somme additionnelle de 48 M$ en provenance de la Société des loteries du Québec et versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 M$ a été attribué pour répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile ou qui vivent dans les centres d'hébergement, et d'autre part, une somme de 18 M$ a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et le traitement des personnes ayant développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire

Au cours de 2001-2002, les principales activités relatives au développement des ressources informationnelles du réseau sociosanitaire ont été réalisées dans les volets suivants :

- Le réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) dessert maintenant la majorité des sites du secteur sociosanitaire (1 528 sites). De nouveaux services ont été ajoutés : le Téléaccès, le service de visioconférence à portée nationale, une passerelle RNIS pouvant supporter jusqu'à 10 sites externes au RTSS en simultané, des services en mode réseau étendu (LAN/Extension) qui permettent de véhiculer l'information plus rapidement et à moindre coût. Enfin, une renégociation tarifaire avec le fournisseur (GTQ) a permis de diminuer l'enveloppe budgétaire globale de plusieurs millions de dollars;
- Le réseau de télésanté s'étend à plus de 70 établissements répartis dans des réseaux actifs de téléservices comme le Réseau québécois de télésanté élargi et le Réseau Mère-Enfants;
- Deux appels d'offres ont été lancés afin de choisir, d'abord le fournisseur externe du lien de télécommunication entre les Groupes de médecine de famille (GMF) et le RTSS et, ensuite, d'un fournisseur pour l'informatisation des 20 GMF désignés par le ministre;

- La Direction des technologies de l'information et des télécommunications (DTIT) a mis à jour ses lignes directrices afin de tenir compte du déploiement de la carte Santé à l'intérieur du réseau sosiosnaitaire d'ici deux ans. L'objectif poursuivi est d'optimiser les bénéfices escomptés et d'atténuer les effets indésirables affectant les solutions technologiques déjà actives dans le réseau ou en cours de développement;

- En matière de sécurité, un cadre global de gestion de la sécurité des actifs informationnels des organismes du réseau est en voie de finalisation; divers audits ont été réalisés et un plan de secours a été préparé. Enfin, un processus de gestion et un protocole d'intervention en cas d'escalade de la gravité des alertes signalées sur le réseau, ont été instaurés en vue de pallier rapidement et efficacement tout incident qui risque de compromettre la sécurité du RTSS;

- Le déploiement des systèmes d'information population s'est poursuivi, de même que les divers travaux portant sur l'évolution du système (Intégration CLSC, SICHELD, PIJE, SIRTF); le développement du système concernant la déficience physique (SICDP); la refonte de systèmes désuets tel le système d'information sur la gestion des plaintes (SIGP), la vaccination (SIV) ou encore le dépistage du cancer du sein (SIPQDCS);

- Le nouvel hôpital de Le Gardeur a produit une planification stratégique de ses ressources informationnelles. Par ailleurs, le SICHUM et le SICUSM ont également amorcé les études pour produire un plan directeur informatique;

- Le déploiement est amorcé pour le système d'information sur le sang (SIIATH), de même que l'analyse préliminaire du système d'information sur le préhospitalier;

- Deux systèmes d'information nationaux ont été réalisés et déployés Ces systèmes sont actuellement en phase de collecte d'information. Le premier système vise la création d'un répertoire des équipements et des systèmes informatiques du réseau sociosanitaire (RÉSIR), alors que le second collecte l'information financière des établissements de ce même réseau (CIFINO);

- Le programme de partenariat à frais partagés pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), qui vise à favoriser l'émergence de projets reliés au développement d'un dossier patient électronique et de la télésanté au Québec, a permis le démarrage de cinq projets : CLSC du futur, télémédecine de première ligne au Témiscamingue, réseau intégré de gestion de l'information clinique dans un continuum de soins communautaires (RIGIC) etenfin, le système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL) .

Le programme accéléré d'investissements du secteur public afin de préserver l'emploi et l'activité annoncé au cours du discours sur le budget du 1er novembre 2001 a permis, avec une enveloppe de 49 M$ consacrée aux technologies de l'information, le soutien de 11 projets, dont deux majeurs : un projet en téléradiologie et un projet concernant le déploiement des principales composantes du système jeunesse à l'ensemble des centres jeunesse du Québec.

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministeriels, l'annee 2001-2002 a donné lieu principalement aux activités et réalisations suivantes :

- La maintenance et l'entretien du parc technologique (environ 1 250 postes de travail, près de 100 serveurs et 5 mini-ordinateurs composant le réseau étendu ministériel), ainsi que de divers liens de communication reliant les sites du Ministère au RTSS et aux Services gouvernementaux;

- L'amélioration du parc micro par le remplacement d'au moins 25 % des postes de travail, de même que le rehaussement à 128 Mo de mémoire de tous les autres postes;

- L'amélioration de la qualité de service du réseau : remplacement de 28 serveurs et ajout de 2 bastions matériels; renouvellement du routeur de télécommunication principal et des aiguilleurs de moniteurs; et implantation d'une nouvelle technologie d'accès distant;

- Le rehaussement de la vitesse du réseau du Ministère par le passage au service de réseau étendu du RTSS (liens de communication en moyenne 6 fois plus rapides);

- L'amélioration du niveau de sécurité du réseau, notamment par la stabilisation de l'environnement de l'antivirus « McAfee »; identification burinée des portables; normalisation des licences des logiciels du parc micro;, sécurisation et stabilisation des services de la DMZ, y compris l'accès distant;

- La finalisation de la migration à « Netware 5.1 » des serveurs « Novell, la préparation de cette migration pour les postes de travail, ainsi que le passage au nouvel annuaire de gestion des usagers, le « Directory »;

- L'implantation de plusieurs mesures destinées à rehausser et à mieux adapter l'infrastructure technologique aux besoins croissants :
  - introduction de « Win 2000 » dans l'environnement du Ministère et actualisation des images de postes afférentes,
  - la création d'une coquille apte à prendre la relève du réseau Accès,
  - la migration des accès à l'ordinateur central de SNA/SDLC à TCP/IP,
  - l'implantation d'un nouvel émulateur de terminaux sessions écran sous « Windows » ,
  - le remplacement des imprimantes terminales lourdes par des sessions d'impression à partir d'un logiciel d'émulation de terminaux au central;

- L'installation d'un réseau local (LAN) supplémentaire pour desservir 120 personnes déplacées à l'extérieur des locaux du Ministère;

- Le déménagement de plus de 400 postes de travail, ainsi que l'installation et la configuration de plus de 500 postes de travail;

- Le traitement de 11 000 demandes de dépannage;.

- La gestion du laboratoire de services spécialisés, la gestion des réservations et de l'installation d'équipements de présentation;

- La veille technologique et la recherche de nouveaux produits, procédures et méthodes afin de favoriser l'utilisation optimale des actifs informationnels disponibles, et de faciliter le travail des utilisatrices et utilisateurs;

- La coordination de l'intranet ministériel et de son évolution; la préparation, la validation et la diffusion, par voie de communiqués aux utilisatrices et utilisateurs, de procédures portant surtout sur la sécurité, les nouvelles versions de logiciels et les fonctionnalités de « Notes »;

- La diffusion mensuelle dans l'intranet ministériel de graphiques présentant des statistiques des activités du Service Clientèle;
- L'entretien et les travaux d'amélioration des banques de données transférées à la RAMQ, mais appartenant au MSSS : Med Écho, Clientèle des salles d'urgence, Performance hospitalière, Déclaration des cas de tumeurs et Rapports financiers des établissements, Rapport statistique des centres de réadaptation, Clientèle des centres jeunesses, Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs, Données des recensements canadiens, Rapport statistique des CH-CHSLD, Rapport statistique des centres jeunesse et Hygiène mentale;
- Le développement des systèmes d'information suivants :
  - « Suivi de l'équilibre financier des établissements et des régies du réseau de la santé et des services sociaux »,
  - « Suivi du programme d'accélération des investissements publiques »,
  - « Inventaire des sources de données du réseau sociosanitaire »,
  - « Information relatif au personnel du MSSS »,
  - « Inventaire du parc informatique du MSSS »,
  - « Centrale de données et de diffusion libre service »,
  - « Suivi de l'élection des membres des conseils d'administration des établissements et des régies »,
  - « Découpage géographique sociosanitaire »,
  - « Gestion de l'adoption internationale »,
  - « Répertoire des équipements et des systèmes d'information du réseau ».

Ces différentes activités, ainsi que le démarrage de la refonte du système « Référentiels des établissements et émission de permis d'exploitation du RSSS », ont donné lieu à plusieurs forums de discussion et d'échange entre les membres du personnel du MSSS.

À ces activités et réalisations particulières s'ajoutent la poursuite du développement et de l'entretien régulier des systèmes essentiels au MSSS dont l'intranet, le Suivi du courrier ministériel (H17), les applications des ressources humaines « Gains déclaratoires et Autorisation d'absence » et l'Internet ministériel, l'acquisition de systèmes permettant de créer de nouvelles banques de données destinées à soutenir la mission et les opérations du Ministère.

Par ailleurs, les activités courantes concernant la gestion, l'exploitation, la diffusion, l'entretien, l'amélioration ou la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données disponibles, de même que la diffusion des données se sont poursuivies tout au long de l'année.

La politique linguistique

Le Ministère a amorcé, au cours de l'année 2001-2002, la révision de sa politique relative à l'emploi et la qualité de la langue française, adoptée en novembre 1999. Le processus de révision met à contribution chacune des directions générales en permettant à chacun des employés de faire part des écarts observés entre sa pratique quotidienne et les énoncés de la politique et, le cas échéant, de proposer certains ajustements.

Au terme de l'exercice, un rapport sera présenté en 2002-2003, au Comité permanent de la politique linguistique, responsable de l'application de la politique au ministère, en vue d'évaluer la pertinence de mettre à jour la politique.

Les programmes d'accès à l'égalité et le plan d'embauche des diverses composantes de la société québécoise

La représentation des groupes cibles au ministère de la Santé et des Services sociaux

1. Représentation du personnel féminin

Catégories	Femmes %		
	2000-2001	2001-2002	2001-2002 Fonction publique
Cadres supérieurs et hors cadres	23,7%	30,6%	28,2%
Cadres intermédiaires	—	—	—
Professionnels	39,7%	44,9%	42%
Personnel de bureau et techniciens	85,4%	84,8%	69,5%
Ouvrier	—	—	—

En 2001-2002, le nombre de femmes a augmenté de façon importante au sein du personnel d'encadrement (+ 6,9 %) et du personnel professionnel (+ 5,2 %); il a diminué légèrement dans la catégorie Personnel de bureau et techniciennes et techniciens (- 0,6 %). De plus, si l'on compare ces données avec l'ensemble de la fonction publique, on constate que le Ministère dépasse le pourcentage de représentation du personnel féminin dans toutes les catégories.

La représentation des groupes cibles au ministère de la Santé et des Services sociaux

2. Représentation des groupes cibles

Groupes	%		
	2000-2001	2001-2002	2001-2002 Fonction publique
Moins de 30 ans	3,4%	5,9%	7,6%
Personnes handicapés	1,6%	1,5%	0,95%
Communautés culturelles	1,9%	1,8%	2,91%
Anglophones	0,4%	0,4%	0,71%
Autochtones	0,3%	0,1%	0,33%

Les efforts du Ministère en matière de renouvellement de main-d'œuvre ont porté fruit. En effet, au cours du dernier exercice financier, le pourcentage de représentation du personnel de moins de 30 ans est passé de 3,4 % à 5,9 %, soit une augmentation de 2,5 % comparativement à l'an dernier. Pour les autres groupes, on note une légère baisse, à l'exception des anglophones. Le rendement du Ministère à cet égard est sensiblement du même ordre que l'ensemble des ministères et organismes de la fonction publique, à l'exception de la catégorie des moins de 30 ans. Par ailleurs, 95 % du personnel du Ministère travaille à Québec. Malgré les lignes directrices ministérielles en matière de représentation des groupes cibles, le nombre de personnes qualifiées dont le nom apparaît sur des listes de déclaration d'aptitude et qui répondent tant aux exigences des emplois qu'au critère de mobilité géographique, est presque inexistant. Par conséquent, cette rareté de candidatures admissibles issues des groupes cibles compromet l'atteinte des objectifs de leur représentation au Ministère. Toutefois, au cours de la prochaine année, des démarches seront entreprises auprès du Secrétariat du

Conseil du trésor afin de mettre en place des moyens pour augmenter significativement le nombre de personnes appartenant à ces groupes cibles à l'emploi du Ministère.

Accès à l'information et protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2001-2002, le Ministère a reçu 118 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels formulées en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. De plus, le responsable de l'accès à l'information a traité :

- 90 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la Loi;
- 234 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès);
- 42 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistiques;
- 3 demandes en vue de rédiger ou de réviser des déclarations de fichiers de renseignements personnels.

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental en matière de protection des renseignements personnels. À cette fin, le responsable de la protection des renseignements personnels (PRP) a procédé, avec la collaboration du responsable de la sécurité de l'information numérique et celle du pilote d'orientation, à l'évaluation des profils d'accès pour les fichiers du système informatique des tumeurs. Cette opération avait pour objectif de vérifier le respect de l'article 62 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, lequel article régit l'accès du personnel aux renseignements nominatifs détenus par un ministère ou un organisme gouvernemental. L'évaluation du système des tumeurs a permis de révéler un écart entre l'information recueillie par le pilote d'orientation, les droits d'accès réels aux fichiers du système à la Direction des technologies de l'information et des télécommunications (DTIT) et la déclaration du fichier à la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ). Bénéfique pour le Ministère, cette opération a également donné l'occasion à la personne chargée de gérer la liste de contrôle d'accès à la DTIT d'actualiser les droits d'accès effectifs, tandis que le responsable de la protection des renseignements personnels a pu procéder à la mise à jour de la déclaration du fichier des tumeurs devant être acheminée à la CAIQ.

Le Ministère a poursuivi ses activités de sensibilisation en distribuant à l'ensemble de son personnel une copie de la Directive ministérielle sur l'utilisation d'Internet et du courriel. De plus, afin de rappeler au personnel l'importance d'une fréquentation professionnelle avisée d'Internet dans la préservation de l'image publique du Ministère, un avis apparaît désormais à l'écran de tous les postes de travail dès le démarrage. Toujours dans le but de rappeler certains principes en matière de sécurité de l'information numérique et de protection des renseignements personnels, deux bulletins ont aussi été publiés à la une de l'intranet.

Le Ministère a poursuivi également l'inventaire et la mise à jour de ses fichiers de renseignements personnels. Les fichiers suivants ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission d'accès à l'Information du Québec : Registre central des traumatismes du Québec, Liste des athlètes identifiés, Système

d'information du programme québécois de dépistage du cancer du sein, Gestion des plaintes sur le tabac et Inspecteurs locaux.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2002-2003. Comme par les années passées, le Ministère prêtera une attention particulière à l'évaluation des profils d'accès sur d'autres fichiers de renseignements personnels et il procédera à la mise à jour de l'inventaire de tous ces fichiers.

L'éthique et la déontologie

Au cours de l'année 2001-2002, le Ministère n'a reçu aucun signalement de manquement au code de déontologie et il n'a donc traité aucun cas de cette nature.

Par ailleurs, le Ministère a participé activement à la consultation menée par le Secrétariat du Conseil du trésor relativement au projet de révision du Règlement sur l'éthique et la déontologie dans la fonction publique. À l'occasion de cette consultation, le Ministère s'est également prononcé sur les valeurs qu'il estime devoir figurer dans une éventuelle Déclaration de valeurs de la fonction publique.

Par ailleurs, étant donné l'importance des enjeux en cause, le personnel du Ministère a été associé tant à la démarche de réflexion devant mener au choix de ces valeurs qu'à celle touchant la révision des normes d'éthique.

Enfin, à la suite de l'entrée en vigueur de la version révisée du Règlement sur l'éthique et la déontologie dans la fonction publique, le Ministère a amorcé la rédaction de son propre code d'éthique et de déontologie.

En ce qui a trait aux Conseils relevant du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux qui ne publient pas de façon distincte un rapport annuel, le lecteur trouvera, aux annexes 3 et 4 respectivement, les codes d'éthique et de déontologie des membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer et du Conseil consultatif de pharmacologie.

La contribution des organismes relevant du ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux

On trouvera dans cette section des informations pertinentes relatives aux organismes relevant du ministre.

Par ailleurs, les organismes suivants produiront leur propre rapport annuel distinct de celui du Ministère :

- la Régie de l'assurance maladie (RAMQ);
- l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
- le Protecteur des usagers;
- l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE);
- le Conseil médical du Québec (CMQ);
- la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ);
- la Corporation Héma-Québec;
- la Corporation d'Urgences-santé de la région du Montréal métropolitain.

La Corporation d'Urgences-santé a été assujettie, le 28 janvier dernier, à l'ensemble des dispositions du chapitre II de la *Loi sur l'administration publique*. Par conséquent, cet organisme devra rendre publique sa planification stratégique et sa Déclaration de services aux citoyens dans les meilleurs délais.

Quant aux deux autres conseils et aux trois autres comités, leurs activités ont permis au Ministère d'atteindre les résultats présentés au chapitre précédent. Les informations ci-jointes permettront de mieux apprécier la contribution de chacun.

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC)

Créé en 1998, au moment de l'annonce de la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer, le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des services sociaux. Il a pour mandat d'exprimer des avis demandés par le ministre et par le Ministère ou tout autre avis qu'il juge pertinent en matière de lutte contre le cancer, notamment :

- les enjeux liés aux besoins des usagères et des usagers, l'accès aux services et aux modes d'organisation des services;
- les critères de qualité auxquels les services de santé doivent répondre dans le domaine du cancer et l'organisation de ces services;
- l'évolution des pratiques dans la lutte contre le cancer en rapport avec les derniers progrès scientifiques et médicaux;
- les mécanismes destinés à évaluer l'organisation et l'intervention des réseaux ainsi que les systèmes d'information;
- le suivi et la mise à jour des orientations et des objectifs devant guider le choix des actions en matière de lutte contre le cancer.

Le CQLC fait également la promotion de la lutte contre le cancer en favorisant le transfert des connaissances et la diffusion de l'information. Ainsi, il a mis sur pied 24 comités afin de l'aider à réaliser les divers éléments de son mandat, soit : le Comité de l'évolution de la pratique et les 14 comités des sièges tumoraux, le Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie, le Comité des pharmaciens, le Comité des pathologistes, le Comité des cancers pédiatriques, le Comité des cancers héréditaires, le Comité de la première ligne en oncologie, le Comité de soutien et de réadaptation, le Comité des standards organisationnels et le Comité des représentants de la population. Bien qu'ils soient variés, les mandats de ces nombreux comités gravitent autour des concepts véhiculés par le Programme québécois de lutte contre le cancer. Enfin, la diffusion de l'information est soutenue par plus d'une trentaine de projets, dont la production de guides thérapeutiques et de guides d'utilisation de médicaments pour le traitement des cancers. Les échéanciers de chacun de ces projets sont échelonnés sur les deux prochaines années selon l'envergure du sujet traité.

Au cours de l'année 2001-2002, le CQLC a publié l'*Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer*, le rapport *Cancers de l'appareil digestif : critères d'organisation par niveau de services*, en complément au chapitre 6 du *Programme québécois de lutte contre le cancer* portant sur l'investigation, le traitement et l'adaptation de certains cancers, le *Plan stratégique 2001-2003* du CQLC et le *Bulletin du CQLC*, un mensuel électronique. En sus de la rédaction du *Code d'éthique et*

de déontologie des membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer, le Conseil a également organisé un colloque sous le thème: « La coopération, un outil essentiel pour un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer ». Il a, en outre, participé au comité consultatif formé par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) chargé d'évaluer l'efficacité clinique de la tomographie par émission de positrons. Fruit de ce travail conjoint, le rapport de l'AÉTMIS, *La tomographie par émission de positrons au Québec*, a été publié en octobre 2001.

Au cours de l'année 2001-2002, le Conseil québécois de lutte contre le cancer a également établi des collaborations, outre l'AÉTMIS, avec le Collège des médecins du Québec et le Conseil consultatif de pharmacologie. Il a renforcé son partenariat avec le Ministère, le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec et les agences canadiennes de lutte contre le cancer.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)

Conformément à son mandat, le Conseil consultatif de pharmacologie a poursuivi, en 2001-2002, ses activités liées à la préparation et à la mise à jour des listes de médicaments ainsi qu'à l'émission d'avis.

Le Conseil est constitué en vertu de l'article 53 de la *Loi sur l'assurance médicaments*. Il se compose d'un président et de 6 autres membres, dont un seul représente le ministre. Quatre de ces membres doivent être des spécialistes en pharmacologie, tandis que le cinquième membre doit venir du secteur de la pharmacoéconomie.

La mission du Conseil est d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la *Liste de médicaments* du Régime général d'assurance médicaments et, à cette fin, donner son avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés.Il lui revient, également, de formuler des recommandations au ministre quant à l'application du règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments, et de lui donner son avis quant à l'inscription des médicaments sur la *Liste de médicaments*. Les fonctions du Conseil l'amènent, en outre, à agir à titre de conseiller auprès du ministre relativement à l'utilisation des médicaments et l'évolution des prix, ainsi que sur toute autre question liée à la pharmacologie.

Dans l'exercice de ses fonctions, l'organisme peut requérir des fabricants et des grossistes reconnus ou qui aspirent à le devenir, tout renseignement d'ordre pharmaco-thérapeutique concernant un médicament ou tout renseignement relatif au prix des médicaments qu'ils vendent.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* confie, également, au Conseil consultatif de pharmacologie le mandat d'assister le ministre dans la confection de la liste des médicaments pouvant être utilisés dans les établissements de santé du Québec, car en principe, un établissement ne peut fournir que des médicaments qui apparaissent sur la *Liste de médicaments – établissements* dressée à cette fin par le ministre. Toujours à cet égard, le Conseil donne son avis au ministre sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés.

Par ailleurs, l'expertise du Conseil est aussi mise à contribution dans divers dossiers relatif aux médicaments; certains de ces dossiers sont notamment requis par différentes lois des corporations professionnelles.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat, depuis le 1er avril 1995, de procéder à une analyse annuelle de la situation générale qui prévaut au Québec dans le domaine de la toxicomanie. En vertu de ce mandat, il est chargé notamment de scruter l'évolution des déterminants et des méfaits en la matière, de même que les nouveaux problèmes engendrés par la toxicomanie et les interventions qu'ils requièrent.

À cet égard, le Comité conseille le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention, quant aux orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux engagés dans une perspective de santé publique. Le Comité propose donc des priorités d'action ou des domaines d'intervention à privilégier. Il signale également les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et d'aider à mieux cerner les interrogations liées à la toxicomanie. Enfin, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, il formule des avis sur divers aspects de la toxicomanie qu'il estime particulièrement important de mettre en lumière.

Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, le Comité s'alimente à plusieurs sources pour réaliser son mandat. Ainsi, il commande des études, recueille les opinions de différentes personnes qui interviennent dans le domaine, consulte des spécialistes en la matière et analyse les données publiées sur l'évolution de la toxicomanie au Québec.

Au cours de l'année 2001-2002, le Comité a continué de mener plusieurs actions qui lui permettent, d'une part, d'approfondir les multiples problèmes liés à la toxicomanie afin de conseiller adéquatement les autorités gouvernementales, et d'autre part, de partager et de révéler les conséquences de cette problématique en vue de mieux outiller les différents intervenants et intervenantes dans leur travail.

Les publications du CPLT et leur diffusion

Conformément à son mandat, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) suit de près l'évolution des déterminants et des méfaits associés à la toxicomanie. Désireux de contribuer au transfert des connaissances, il publie régulièrement les résultats des études qu'il commande et des consultations qu'il mène sur le sujet, de même que le fruit de ses propres analyses. Ces documents constituent, pour un ensemble d'acteurs sociaux et politiques, des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions. Les publications de la dernière année examinent et éclairent divers thèmes d'actualité en matière de toxicomanie. Entre autres :

- BOIVIN, Marie-denise et marie-josée de montigny. *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir ?*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 38 p.
- VITARO, frank. *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 57 p.
- BROWN, thomas g. *Abus de substances : Tous les traitements se valent-ils ?*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 36 p.

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Toxicomanie au Québec : cap sur une stratégie nationale*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001, 24 p.

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Drogues : Savoir plus, risquer moins*, Montréal, Éditions Stanké, 2001, 157 p.

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Comment améliorer l'harmonie familiale : un moyen pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie : pour les parents d'enfants âgés entre 4 et 12 ans*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie : Maison Jean Lapointe, 2001, 15 p. (brochure – version anglaise disponible).

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Adolescents et parents : deux solitudes à rapprocher*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie : Maison Jean Lapointe, 2001, 15 p. (brochure – version anglaise disponible).

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Avis sur les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001, 21 p.

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Développer la concertation en toxicomanie : guide pour les intervenants et les gestionnaires*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie,. 2001, 22 p.

Parmi les faits saillants de l'année 2001-2002, mentionnons le succès du premier livre du CPLT intitulé *Drogues : Savoir plus, risquer moins*, adaptation québécoise d'un ouvrage français du même titre qui figure au palmarès des meilleurs vendeurs au Québec depuis sa sortie, en novembre 2001. En effet, près de 35 000 copies, sur un tirage de 75 000, ont été vendues à travers les réseaux de distribution. Grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) de la France qui a cédé au CPLT les droits de cet ouvrage, le livre est offert à seulement 1,95 $. Le CPLT entend, pour sa nouvelle année financière, promouvoir davantage ce livre afin de maximiser l'utilisation d'un précieux outil d'information par le grand public et les personnes qui s'intéressent particulièrement aux problèmes liés à la toxicomanie.

De plus, le CPLT s'est doté d'un site Internet, aussi performant qu'intéressant, offrant la possibilité au public et aux organismes d'obtenir gratuitement copie des travaux du Comité dont les 70 publications sont disponibles sur le site en version téléchargeable. Ce mode novateur de diffusion a permis de réduire le tirage (près de 1500 exemplaires par publication) de la quasi-totalité des versions imprimées sans compromettre son rayonnement. Bien au contraire, car grâce à ce nouveau véhicule d'information efficace et accessible, le CPLT achemine, dès leur parution, les faits saillants des publications récentes dans le domaine, de même que le bulletin *Le CPLT en substance*. Cependant, il est encore possible d'obtenir les travaux du Comité par la poste moyennant des frais minimum d'impression et d'envoi.

Activités du CPLT

Depuis février 2002, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) assure la promotion québécoise du premier forum mondial sur le thème

« Drogues et dépendances, enjeux pour la société » qui aura lieu du 22 au 27 septembre 2002 au Palais des Congrès de Montréal. À cet effet, il a engagé plusieurs actions de promotion et d'information auprès des milieux sociaux, politiques, universitaires, juridiques, communautaires, policiers, éducatifs et de la santé afin de susciter leur participation à ce grand rassemblement intersectoriel. Notons particulièrement les rencontres organisées de concert avec les régies régionales à travers le Québec, la conception et la distribution d'outils promotionnels ainsi que la coordination interministérielle dans la programmation scientifique. Le Comité coordonne également neuf sessions dans la section du forum intitulée « Approches intégrées aux niveaux local, régional, national et international ».

Le Comité a participé, les 8 et 9 novembre 2001, au premier Forum sur le jeu pathologique au Québec. L'événement avait pour but de mettre en commun les réflexions et les points de vue de milieux variés afin de faire un large tour d'horizon sur le sujet et de sensibiliser les différents acteurs sociaux et politiques.

Le 4 octobre 2001, le CPLT a accueilli plus de 140 partenaires décideurs préoccupés par le phénomène de la toxicomanie, à l'occasion d'un dîner-conférence en présence de la présidente de la Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) de la France, M^me^ Nicole Maestracci. La MILDT est chargée de coordonner l'action du gouvernement français en matière de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale, de répression, de formation, de communication, de recherche et d'échanges internationaux. L'allocution de Mme Maestracci a porté sur les avantages et les difficultés de l'action interministérielle. Ce thème s'inscrit dans la nécessité de développer une stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie au Québec, une recommandation que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie ne cesse de promouvoir depuis plusieurs années comme en témoignent les différents travaux qu'il a effectués dans ce sens, dont l'analyse d'une quinzaine de stratégies de lutte contre la drogue de pays occidentaux.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ses mandats généraux sont de conseiller le ministre sur les questions de santé mentale et de contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information du Ministère.

Tout en collaborant étroitement aux travaux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, le CSMQ s'est consacré principalement, au cours de l'année 2001-2002, à la réalisation de projets ou à production d'avis concernant :

- l'évaluation des besoins de la population en santé mentale (projet franco-québécois);
- la concertation intersectorielle en santé mentale;
- l'application de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*;
- l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;
- l'accès au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;

- la qualité des services dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

En 2001-2002, le CSMQ a diffusé un *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Il a aussi fait paraître, en collaboration avec la Direction générale de la santé en France (Direction rattachée au Ministère français de l'Emploi et de la Solidarité), un ouvrage intitulé *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*.

En partenariat avec la Société d'habitation du Québec, le Comité a diffusé les Actes d'un colloque tenu à l'automne 2000 sur le thème « Le logement et les services de santé mentale : une solution à partager ». En ce qui a trait à l'accès au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, il a publié un premier rapport intitulé *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale – État de situation*.

Le CSMQ est actuellement composé des personnes suivantes : M^mes^ et MM. Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente, Lisette Boivin, Henri Dorvil, Thérèse Dufour, Édith Labonté, Pierre Lamarche, Danielle McCann, Jean-Luc Parenteau, Jean-Luc Pinard et Marie-Thérèse Toutant. En outre, plus d'une trentaine de spécialistes issus de divers milieux (établissements, organismes communautaires, universités, etc.) ont collaboré étroitement, en 2001-2002, à la réalisation des mandats généraux ou des projets particuliers du CSMQ.

Le CSMQ remet périodiquement un rapport d'activités au ministre.

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (Crum)

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (Crum) a été institué en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (c. A-29.01), en juin 1996, et mis en place, en avril 1997, par un décret du gouvernement.

L'article 72 de la *Loi sur l'assurance médicaments* stipule que le Comité de revue de l'utilisation des médicaments a pour fonction de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments. À cette fin, le Comité peut notamment :

- réaliser des activités visant à examiner de quelle façon sont utilisés les médicaments;
- proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et le mode de distribution des médicaments avec la collaboration et la participation des divers intervenants et intervenantes concernés, notamment les ordres professionnels et le Conseil consultatif de pharmacologie;
- transmettre aux parties intéressées des recommandations susceptibles d'améliorer l'utilisation des médicaments.

Le Comité doit s'assurer que l'évaluation des activités ayant pour but d'examiner l'utilisation courante des médicaments est effectuée par une personne ou par un organisme externe et qu'elle tient compte des résultats, de la mesure de l'efficience et de l'efficacité, de même que des conséquences économiques et sanitaires de ces activités.

Les travaux du Crum concernant la rédaction d'ordonnances, le mode de distribution et la consommation des médicaments, ainsi que leur portée, sont donc influencés par l'environnement dans lequel ces médicaments sont distribués. Par conséquent, le Comité doit tenir compte de l'interdépendance et de la complémentarité des divers intervenants et intervenantes en cause. En favorisant l'utilisation adéquate des médicaments dans un objectif de prévention et de promotion de la santé, les travaux du Crum ont pour but le mieux-être de la population québécoise, tout en contribuant à une saine gestion des fonds publics.

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments se compose de neuf membres nommés par le gouvernement : cinq d'entre eux ont été désignés par les regroupements de professionnels des milieux médical et pharmaceutique, deux par les doyens des facultés de médecine et de pharmacie, un par le Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM) en établissement et un par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les cinq membres désignés par les regroupements professionnels sont obligatoirement des cliniciennes et des cliniciens. Quant à la personne désignée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), elle doit être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec; mais elle n'a pas de droit de vote.

L'article 76 de la *Loi sur l'assurance médicaments* précise que la RAMQ assume, compte tenu de ses ressources, le soutien administratif et le traitement des données nécessaires à l'exécution des travaux du Crum.

La direction du Crum est assumée par la présidente, M^me^ Michelle Lussier-Montplaisir, qui dirige les séances du Comité et en est la porte-parole officielle. Le Comité doit soumettre sa planification annuelle au ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Crum transmet également au ministre un rapport annuel de ses activités.

Annexe 1

La gestion ministérielle des ressources humaines

Au **31 mars 2002**, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte 699 postes occupés, répartis comme suit :

Postes occupés au MSSS par direction générale et selon le sexe au 31 mars 2002.

Direction générale	Hors-cadres et cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		PBA et ouvriers		Total		Total général
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	général
Direction supérieure	4	2			16	14	2	7	3	21	25	44	69
Secrétariat adoption internationnale					1	4		1		4	1	9	10
Planification stratégique, évaluation et gestion de l'information	9	3			62	32	8	17	1	19	80	71	151
Services à la population	6	3			26	35		1		20	32	59	91
Santé publique	3	2			13	28	10	6	1	19	27	55	82
Affaires médicales et universitaires	2				18	15	1			11	21	26	47
Politiques de main-d'œuvre	4	3			19	19	2	4	1	10	26	36	62
Coordination ministérielle et modernisation	3	1	1		13	10	3	7	6	20	26	38	64
Financement, investissements et suivi budgétaire	8	2			38	15	2	6	1	15	49	38	87
Sous-total MSSS	39	16	1		206	172	28	49	13	139	287	376	663
Conseil consultatif de pharmacologie					3	3			1	2	4	5	9
Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux		1			3	8		1		1	3	11	14
Conseil médical du Québec					1	2		1			1	3	4
Conseil de la santé et du bien-être		2			2	1	1	2		1	3	6	9
Sous-total des conseils		3			9	14	1	4	1	4	11	25	36
Total général	39	19	1		215	186	29	53	14	143	298	401	699
Pourcentage (%)	67%	33%	100%		54%	46%	35%	65%	9%	91%	43%	57%	100%

Annexe 2

Au cours de l'exercice financier 2001-2002, le Ministère a enregistré 56 affectations, 118 entrées en fonction et 76 départs.

Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années.

Tableau des nominations et départs

Nominations et départs pendant les années financières 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Mouvements	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Affectations	68	53	75	48	56
Nominations	2	5	16	68	79
Mutations depuis un autre ministère	15	26	53	38	39
Total des entrées en fonction	**17**	**31**	**69**	**106**	**118**
Mutations vers un autre ministère	32	37	42	36	50
Transferts (régie, institut, organisme)	1	0	7	39	0
Démissions	0	2	4	4	6
Retraites	85	10	13	17	18
Congédiements	0	0	1	1	0
Décès	1	2	1	1	2
Total des départs	**119**	**51**	**68**	**98**	**76**

Annexe 3

Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC)

Adopté le 19 octobre 2001

Introduction

Le présent Code d'éthique et de déontologie a pour but de définir les assises sur lesquelles doit reposer le comportement professionnel des membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) dans l'exercice du mandat que leur a confié le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce code découle de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie, adoptée le 20 mars 1997.

CHAPITRE I Objet et champ d'application

1. Le Code a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein du CQLC et de responsabiliser chacun de ses membres.

2. Le présent Code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du CQLC.

CHAPITRE II Principes d'éthique et règles générales de déontologie

3. Les membres sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée au CQLC par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

   Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

   Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

5. Le membre doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

6. Le président et le vice-président du CQLC doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7. Le membre doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

8. Tout membre du CQLC qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du CQLC doit, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question.

9. Le membre ne doit pas confondre les biens du CQLC avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

10. Le membre ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions comme membre du CQLC.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle au sens de la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

11. Le membre ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage doit être retourné au donateur ou à l'État.

12. Le membre ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

13. Le membre doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

14. Le membre qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du CQLC.

15. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du CQLC.

CHAPITRE III Activités politiques

16. Le président doit informer le ministre s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

17. Le président doit se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

18. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à la charge de député de l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

CHAPITRE IV Dispositions complémentaires

20. Les membres ont également pris connaissance du décret du gouvernement du Québec (824-98) adopté le 17 juin 1998, concernant le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et reconnaissent qu'en vertu de l'article 5 de ce Règlement, les règles et les principes les plus exigeants s'appliqueront en cas de divergence entre le Règlement et le Code adopté par le CQLC.

21. Le présent Code d'éthique et de déontologie des membres du CQLC a été adopté lors de la séance régulière du 19 octobre 2001.

Annexe 4

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil consultatif de pharmacologie

CHAPITRE I Objet et champ d'application

1. Le présent code d'éthique et de déontologie a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique et de favoriser la transparence au sein du Conseil consultatif de pharmacologie.

2. Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du Conseil consultatif de pharmacologie.

CHAPITRE II Principes d'éthique et règles générales de déontologie

3. La contribution des membres du Conseil à la réalisation de son mandat doit être faite, dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre du Conseil est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c.M-30) et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, ainsi que ceux établis dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.

   Le membre du Conseil doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit de plus organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5. Le membre du Conseil est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

6. Le membre du Conseil doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

7. Le président du Conseil doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

8. Le membre du Conseil doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

   Il doit dénoncer par écrit au président du Conseil tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'organisme ou l'entreprise, en indiquant, le cas échéant, leur nature et leur valeur.

9. Le membre du Conseil doit s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt visé à l'article 8. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question.

10. Le procès verbal des réunions du Conseil devra faire état de toute abstention d'un des membres sur les décisions portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt et ce, dans un but d'une plus grande transparence.

11. Le président du Conseil, s'il est en conflit d'intérêt potentiel ou apparent, nomme un autre membre du Conseil pour présider la réunion durant les délibérations et le vote.

12. Le membre du Conseil doit informer le président du Conseil des projets de recherches auxquels il participe et déclarer les subventions obtenues d'un organisme, d'une entreprise ou d'une association en complétant le formulaire à cet effet.

13. Le membre du Conseil ne doit pas confondre les biens du Conseil avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

14. Le membre du Conseil ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre du Conseil lié à groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le Conseil exige le respect de la confidentialité.

15. Le membre du Conseil ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

    Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

16. Le membre du Conseil ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

17. Le membre du Conseil doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

18. Le membre du Conseil qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du Conseil.

19. Le membre du Conseil qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant le Conseil, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

    Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle le Conseil est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

    Les membres du Conseil ne peuvent traiter, dans les circonstances qui sont prévues au 2e alinéa, avec le membre qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

20. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du Conseil.

CHAPITRE III Activités

21. Le président du Conseil qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

22. Le président du Conseil qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

CHAPITRE IV Rémunération

23. Le membre du Conseil n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération reliée à celles-ci.

CHAPITRE V Processus disciplinaire

24. Aux fins du présent chapitre, l'autorité compétente pour agir est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président du Conseil qui est en cause.

Le président du Conseil est l'autorité compétente pour agir à l'égard de tout autre membre du Conseil.

25. Le membre du Conseil à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

26. L'autorité compétente fait part au membre du Conseil des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

27. Sur conclusion que le membre du Conseil a contrevenu à la loi, au Règlement ou au code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction.

Toutefois, lorsque l'autorité compétente est le secrétaire général associé visé à l'article 37 du règlement, la sanction est imposée par le secrétaire général du Conseil exécutif. En outre, si la sanction proposée consiste en la révocation du président du Conseil, celle-ci ne peut être imposée que par ce dernier; dans ce cas, le secrétaire général du Conseil exécutif peut immédiatement suspendre sans rémunération le président pour une période d'au plus trente jours.

28. La sanction qui peut être imposée au membre du Conseil est la réprimande, la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

29. Toute sanction imposée à un membre du Conseil, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

Le présent code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil consultatif de pharmacologie a été adopté au cours de la réunion 04-1999 et est entré en vigueur le 15 avril 1999.